

IMPACTO PSICOSOCIAL
DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO
EN LA MUJERES
Y SUS HIJOS E HIJAS
UN ESTUDIO EMPÍRICO
EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

IMPACTO PSICOSOCIAL
DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO
EN LAS MUJERES
Y SUS HIJOS E HIJAS
UN ESTUDIO EMPÍRICO
EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

M.^a Vicenta Mestre,
Ana M.^a Tur y Paula Samper

Con la colaboración de
Mireia Badenes, Amparo Huertas,
Belén Molina y Verónica Soler

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Convenio de Colaboración entre la Fundación de la Comunidad Valenciana frente a la discriminación y malos tratos Tolerancia Cero (Conselleria de Benestar Social) y la Universitat de València. Estudi General.



Esta publicación no puede ser reproducida, ni total ni parcialmente, ni registrada en, o transmitida por, un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, ya sea fotomecánico, fotoquímico, electrónico, por fotocopia o por cualquier otro, sin el permiso previo de la editorial.

© Las autoras, 2008

© De esta edición: Universitat de València, 2008

Fotocomposición y maquetación: Inmaculada Mesa

Cubierta: Celso Hernández de la Figuera

Corrección: Comunico C.B.

ISBN: 978-84-370-6988-3

Depósito legal: V-134-2008

Impresión: Guada Impresores, SL

ÍNDICE

Prólogo	9
Agradecimientos	11
INTRODUCCIÓN	13

PRIMERA PARTE

I. ANTECEDENTES: BREVE RESEÑA HISTÓRICA	19
II. CONCEPTOS GENERALES SOBRE LA VIOLENCIA	25
1. Violencia de género frente a violencia doméstica	27
2. Violencia contra la mujer en la pareja	29
2.1 Fases de la violencia doméstica.....	30
2.2 Modalidades de violencia contra la mujer por razón de su sexo.....	32
III. FACTORES DE VULNERABILIDAD ASOCIADOS A LA VIOLENCIA..	37

SEGUNDA PARTE

IV. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN ACOGIDA EN LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: 2001-2005	47
1. La población inmigrante atendida en los Centros de Servicios Sociales Especializados en el período 2001-2005: análisis específico	63

TERCERA PARTE

V. PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOBRE MUJERES Y MENORES ATENDIDOS EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS PARA MUJERES: VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y/O CON PROBLEMAS DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA	75
1. Objetivos	75
2. FASE 1. Primera parte: Evaluación de las mujeres víctimas de violencia doméstica y/o con problemas de exclusión social	77
2.1 Método	77
2.2 Resultados	82
3. FASE 1. Segunda parte: Evaluación de los menores acogidos con sus madres en los Centros de Servicios Sociales Especializados	102
3.1 Método	102
3.2 Resultados	102
VI. ANÁLISIS DE LAS VALORACIONES DE LOS PROFESIONALES	119
1. Análisis de los datos generales sobre los profesionales	120
2. Análisis cualitativo sobre los factores valorados por los profesionales y relacionados con la vida interna y organizativa de los centros	124
SÍNTESIS Y CONCLUSIONES	135
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	145
ANEXOS	
I. Datos estadísticos de la relación entre las variables de maltrato y el estado de psicológico de la mujer	153
II. Cuestionario dirigido a los profesionales de los centros de servicios sociales especializados	165

PRÓLOGO

La violencia de género es un lamentable problema social que cada vez se muestra más patente en nuestros días. La proliferación de tan execrable conducta tiene su base en la desigualdad existente entre las mujeres y los hombres, hecho indiscutible que justifica e inspira las políticas públicas que se acometen por parte de la Generalitat Valenciana en la lucha contra la violencia que se ejerce contra las mujeres.

Conscientes de la gravedad e importancia de esta problemática, desde la Conselleria de Benestar Social, ha sido promovido el presente Proyecto de Investigación en la Comunidad Valenciana, dentro de un convenio de colaboración entre la Fundación de la Comunidad Valenciana frente a la Discriminación y los Malos Tratos Tolerancia Cero y la Universitat de València.

Los resultados obtenidos en este Proyecto han permitido conocer el impacto producido en la mujer y las generaciones más jóvenes, poniéndose de relieve unas elevadas tasas de morbilidad psicológica entre las madres y sus hijos e hijas que han sido víctimas de violencia, hasta el punto de constituir un sector de población con elevados índices de vulnerabilidad.

En esta investigación se ha tenido en consideración la opinión de los profesionales de los centros de servicios sociales especializados en las mujeres víctimas de violencia de género y/o con problemas de exclusión social de la Comunidad Valenciana, y asimismo ha sido analizada la situación de las mujeres acogidas en los citados centros y de los menores a su cargo que conviven con ellas, lo que ha permitido establecer un perfil psicosocial de dicho sector poblacional con el fin de detectar posibles factores de riesgo que permitan la prevención del maltrato, poniéndose de relieve las necesidades psicológicas y formativas de dicha población evaluada.

Con toda la información recabada se podrá llevar a cabo el diseño de un programa de intervención dirigido a las mujeres y niños acogidos en los citados centros y encaminado al logro de un adecuado tratamiento del problema de la violencia de género.

El presente Proyecto de Investigación, por lo tanto, supone una importante contribución al desarrollo de políticas de prevención y también de reacción frente a la violencia de género, por cuanto evidencia las características psicosociales de dicha problemática, los posibles factores de riesgo y demás variables intervinientes, además de aportar propuestas de actuación desde los centros, al objeto de mejorar el enfoque en las actuaciones que se deben llevar a cabo contra tan grave y detestable problema social.

*El Conseller de Benestar Social
i Vicepresident Tercer del Consell*

Juan Gabriel Cotino Ferrer

Agradecimientos

Este estudio ha sido posible gracias a la ayuda y cooperación de la Conselleria de Benestar Social del Gobierno valenciano, a través de la Dirección General de la Mujer y por la Igualdad.

En primer lugar, merecen una especial muestra de agradecimiento por su impulso al desarrollo de este proyecto el Vicepresidente Tercero del Gobierno Valenciano y Conseller de Benestar Social, Hble. Sr. Juan Cotino Ferrer, así como su predecesora al frente de la Conselleria, Alicia de Miguel García.

Asimismo, deseamos agradecer de forma explícita el apoyo y la colaboración de la Directora General de la Mujer y por la Igualdad, Celia Ortega Ruiz, y de la Jefa de Área, Mercedes Igualada Portalés, al igual que las anteriores responsables de la Dirección General de la Mujer, Clara Abellán García, Directora General, y Rosa Marín Torrens, Jefa de Área. También extender nuestro agradecimiento al personal técnico de la citada Dirección General, Natividad Castelló Lli y Carmen Covisa Peris.

Se ha contado, igualmente, con la colaboración de la Fundación Tolerancia Cero a través de su gerente, Reyes Selvi Pérez, y de Sonia Barriga Alejandro.

De la misma forma, hay que agradecer la cooperación de los coordinadores de la mujer de las Direcciones Territoriales de Alicante, Castellón y Valencia: Rafael Carrasco Martínez; Raúl Fernández Martínez-Fort y Belén Soldevila Romero, y Carmen Salavert Pitarch y Carmen Rams Gallart, respectivamente.

La contribución de todos ellos ha constituido un acicate continuo para la buena marcha de este proyecto y de todo el proceso de evaluación.

Por último y no por ello menos importante, queremos manifestar la gran ayuda recibida por parte de los/las profesionales que trabajan en los servicios especializados de la mujer de la Comunidad Valenciana –casas de acogida, viviendas tuteladas y centros de emergencia– localizados en las tres provincias valencianas.

La evaluación de las víctimas de violencia –mujeres y su prole– acogidas en estos centros ha resultado ser una tarea compleja y laboriosa que ha sido posible gracias a la contribución de los/las profesionales que en ellos trabajan. Así pues, expresamos nuestro agradecimiento a Sor Aurora Gallego Losada; M.^a Dolores Gandía Valdés, M.^a del Valle Alarcón Moreno y Raquel Monter Tordera; Eva Planells Ros, M.^a Ángeles Fernández Múnera, M.^a José Pérez Vi-

cente, Bárbara Asensi Martínez, Marta Rostoll Martí y Maite Jiménez García; Begoña Brosell Mir, Isabel Sánchez Ortiz, Marina Mir y M.^a Carmen López; Ana M.^a Correll, M.^a Ángeles Hernández Escobar, Judith García López, M.^a Ángeles Ferrero Llorens y Carmen Serrano Muñoz; Isabel Marco Ros y Mar Seguí López; Josefina Goñi Tellechea, Noelia López Crespo, Julia García del Valle, M.^a Cinta Villafranca González y M.^a Eugenia Benítez Morales; Eugenia Garrigues Francés, Vanesa Moscardó, M.^a Ángeles Soler Verdú y Carmen Juan Puig; Ana Sales Ten; Laura Escuder Moreno y Marta Sánchez Miralles; Amalia López Heras, M.^a Ángeles Miralles Pérez e Inmaculada Asensi Naranjo; Rosario Herrero Moro, Pilar Villanueva Requena, Encarna López Conesa, Antonia González Heredia y M.^a Luz Sanz Calvo; María Muela Andrés, Inmaculada Morales González y Teresa Fuster Tormo; M.^a José Paredes Paredes y Carmen Filiu Cayuelas; Salvador Carpi García, Araceli Sodupe Izquierdo, Vima Cano Rubio, Lorena Llinares Martínez, Pilar Fernández Fernández, Ferrán Vergel Guerrero y Enrique Ivorra Duarte; Teresa Martín Herrador y María García; Ana Martínez Martos y Eva M.^a Molines Madrid.

INTRODUCCIÓN

La violencia familiar, y en especial la violencia de género contra la mujer, es un problema cada vez más grave en la sociedad actual. En nuestra sociedad se están estableciendo continuas campañas de sensibilización y concienciación sobre la gravedad del problema y se promueven medidas preventivas para erradicar esta lacra social. Con todo, los malos tratos hacia la mujer en el ámbito doméstico, en numerosas ocasiones ante la mirada de sus hijos e hijas, siguen teniendo una prevalencia elevada, de consecuencias nefastas que dejan secuelas físicas o psicológicas en ambos –madre e hijos– y que, con demasiada frecuencia, terminan con la muerte de la mujer.

Los estudios sobre el impacto de la violencia en la mujer y en los menores han puesto de relieve tasas elevadas de morbilidad psicológica, hasta el punto de que estas mujeres y sus hijos constituyen una población con índices elevados de vulnerabilidad. Se ha observado que los menores que han sido víctimas o testigos directos de actos violentos pueden llegar a habituarse a estas situaciones, e incluso aceptarlas como normales hasta tal punto que pueden llegar a considerar la respuesta violenta hacia otra persona como una forma de solucionar los conflictos. Esto ocurre de manera especial cuando estas reacciones se explican y se apoyan desde un entorno más íntimo, como es el familiar.

Conscientes de la gravedad del tema, la presente investigación se enmarca en un proyecto ambicioso que persigue el objetivo de atender a las necesidades psicosociales de las mujeres y los menores acogidos en los centros de servicios sociales especializados en mujeres víctimas de violencia doméstica y/o con problemas de exclusión social. Todo ello, con la finalidad de mejorar su calidad de vida en las dimensiones física, psicológica y social. Se trata de diagnosticar, para luego intervenir, las patologías y alteraciones en el estado de ánimo, el comportamiento, las redes sociales, los recursos para afrontar la violencia vivida, así como los factores que fortalecen las capacidades y disminuyen la vulnerabilidad, como son los mecanismos de afrontamiento, autoeficacia, autoestima, autocontrol emocional y pensamiento positivo, para superar la experiencia y la huella de los malos tratos físicos y psicológicos sufridos.

El centro de atención en la investigación es la unidad monomarental que abarca tanto las características demográficas como la edad, la formación, la situación laboral o el estilo de vida y las relaciones. Asimismo, se analizan las características de la personalidad y otras relacionadas con los antecedentes o con la experiencia e historia anterior vivida por la madre. Persigue, además, evaluar las características personales de los menores referidas al proceso de escolarización, nivel madurativo, perfil psicológico; la experiencia anterior vivida, la interacción y calidad de las relaciones establecidas entre madres e hijos (comunicación, disciplina, tiempo compartido) y el vínculo afectivo; así como la red de apoyo familiar-social con que cuentan para afrontar y superar la situación experimentada.

Para analizar este fenómeno se parte del estudio de la población acogida durante los últimos años en los centros de servicios sociales especializados que existen en la Comunidad Valenciana. Tal como se describe en el capítulo IV, se ha hecho un análisis de la población que ha ingresado en dichos centros entre el 2001 y el 2005. Se trata de mujeres víctimas de malos tratos y/o con problemas de exclusión social, que llegan solas o acompañadas de sus hijas o hijos menores. En estos centros se les presta ayuda psicológica y social y se les facilitan los medios básicos para su reintegración social. El total de 2.354 mujeres atendidas y 1.314 menores se ha distribuido de manera desigual en el lustro analizado, constatándose un incremento brusco de ingresos en los dos últimos años, así como una presencia mayor de mujeres procedentes de otros países.

En el capítulo V se describe el estudio empírico realizado en nuestra población. Este estudio comprende la evaluación psicológica de las mujeres (117 en total) y de los menores acogidos con sus madres en todos los centros de la Comunidad Valenciana (121 niñas y niños), distribuidos en las tres provincias, durante el período comprendido entre los meses de julio y noviembre del 2006. Se presenta el método y el procedimiento de evaluación, la descripción de la población, los análisis realizados y los resultados obtenidos. Las entrevistas individuales y los cuestionarios aplicados permiten describir los trastornos más directamente relacionados con la experiencia de maltrato, tanto en las mujeres –como personas y como madres– como en sus hijos e hijas, y también en la relación madre-hijo/a. Además, las características y la duración de la historia de maltrato son variables que modulan su impacto en el estado de ánimo de la mujer y en sus mecanismos de afrontamiento y búsqueda de soluciones. En el caso de los menores, según la edad, presentan secuelas que afectan a aspectos tan relevantes como su autoconcepto, estado de ánimo e impulsividad, dificult-

tades de autocontrol y escasos recursos para enfrentarse a los problemas y las situaciones de la vida cotidiana.

Se ha considerado que era también una fuente de información importante la opinión de los profesionales por su formación y experiencia. Los resultados obtenidos mediante las encuestas contestadas de forma anónima se presentan en el capítulo VI. En general, la respuesta de los profesionales ha sido buena y la contestación mayoritaria. Asimismo, han mantenido la tendencia hacia una valoración positiva de los recursos de los centros, su organización y funcionamiento, si bien señalan también aspectos más deficitarios, por un lado, las diferentes y variadas problemáticas de la población ingresada en los centros a la que deben atender, y por otro, una reagrupación y especialización en función de los recursos de dichos centros.

Los datos que aquí se presentan corresponden a la primera fase del proyecto, que incluía la evaluación de las mujeres, la evaluación de los hijos e hijas que las acompañan en los centros y la valoración de los profesionales sobre las características y los recursos de los mismos, la problemática de la población atendida, así como la evolución de las mujeres y los menores durante su estancia en dichos centros.

Una vez finalizada la primera fase y analizados los resultados, se diseñará la segunda fase, que consistirá en una formación especializada dirigida a los profesionales. Esta fase tendrá como objetivo central la información y formación en recursos, metodología y estrategias para atender las patologías, alteraciones y necesidades detectadas en las mujeres y en sus hijos e hijas, así como en la unidad monomarental. A partir de esta formación se diseñará un protocolo de intervención ajustado y especializado según las necesidades y patologías que presentan las mujeres y los menores. Por tanto, la formación que reciban los profesionales va a revertir en formación y recursos para las mujeres y sus hijos e hijas. El tratamiento que reciban las usuarias de los centros y sus hijas e hijos será evaluado en esta segunda fase para valorar su eficacia.

PRIMERA PARTE

I. ANTECEDENTES: BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Desde el año 1945, cuando la IV Carta de las Naciones Unidas de 24 de octubre puso el acento en la defensa de los derechos fundamentales de la persona, con independencia del sexo, así como en la dignidad e igualdad de derechos de mujeres y hombres, han pasado pocos años desde la perspectiva de la historia de la humanidad. Sin embargo, han sido suficientes, poco más de 60, para lograr que este problema forme parte de la voluntad de las instituciones de ámbito mundial y de los gobiernos comunitarios para atajar el tema desde las mismas raíces.

La violencia familiar, en especial la violencia contra la mujer, constituye un problema grave en nuestra sociedad reciente. Según datos apuntados por la OMS (2003), una de cada cinco mujeres afirma haber sido víctima de abusos sexuales en su infancia (frente a esta proporción, los hombres se sitúan entre el 5 y el 10%). Entre el 13 y el 61% de las mujeres dicen haber sufrido agresiones físicas y entre el 6 y el 47% agresiones sexuales por parte de su pareja masculina en algún momento de su vida. La situación de dependencia jurídica, económica y social de las mujeres ha impulsado un estado de subordinación al hombre y propensión a la vulnerabilidad.

El año 1975 fue proclamado Año Internacional de la Mujer y, desde entonces, Naciones Unidas ha convocado cuatro conferencias mundiales sobre mujeres (Dávila, 2001).

La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), de 18 de diciembre de 1979, marca un hito en la evolución de la protección de los derechos de la mujer e insta a los Estados parte a «modificar patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basadas en la idea de inferioridad o superioridad

de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres» (art. 5) (Binstock, 1998). Esta convención está vigente en España desde el 4 de febrero de 1984 (Bejerano Guerra, 2001).

Al año siguiente, en 1980, se celebra la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer en Copenhague. Por primera vez se incluye entre las 48 resoluciones que contempla una sobre el tema de «La mujer maltratada y la violencia en la familia». En esta resolución se consideran los malos tratos infligidos a familiares como «un problema de graves consecuencias sociales que se perpetúa de una generación a otra». Además, apunta que «las actitudes ancestrales que disminuyen el valor de la mujer han determinado la total impunidad judicial de las personas que cometen actos de violencia contra sus familiares» (Binstock, 1998).

Poco después, el 1982, el Consejo Económico y Social, en una reunión celebrada en Ginebra, considera que los malos tratos contra mujeres y niños, la violencia en las familias y las violaciones son ofensas a la dignidad del ser humano.

En este período se pone de manifiesto, en el entorno de las Naciones Unidas, que la situación de la mujer no queda correctamente plasmada en la justicia penal del momento. El trato hacia la violencia doméstica resulta totalmente inadecuado por lo que a la legislación corresponde.

En Nairobi (1985) se celebró la III Conferencia Mundial sobre las Mujeres. Por primera vez se vinculó la violencia contra las mismas con la promoción y el mantenimiento de la paz y se contempló en el ámbito privado y público. Se estableció la prioridad de erradicar la violencia en el entorno familiar y se planteó la necesaria vinculación de los gobiernos para que «traten de crear conciencia pública sobre violencia contra la mujer como un fenómeno social». Con todo, no llegó a categorizarse como una violación de los derechos humanos, algo que no se realizó hasta un año después, en 1986, cuando el Consejo Económico y Social declaró que la violencia en la familia constituía una grave violación de los derechos de mujer (Binstock, 1998).

En 1992, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en el seno de las Naciones Unidas, consideró la violencia contra la mujer como una forma de discriminación de género que los gobiernos tienen la obligación de eliminar. Igualmente, apuntó que, para ser considerada discriminación de género, esta violencia ha de ser hacia la mujer por la mera condición de serlo. Se incluyeron, de esta forma, los actos que producen daño físico, mental o sexual, así como las amenazas de estos actos, la coerción o la privación de libertad (Naciones Unidas, 1995).

Al año siguiente, en junio de 1993, se celebró en Viena la III Conferencia Mundial de los Derechos Humanos. En ella se estableció de forma tajante que los derechos humanos arrancan desde la concepción de dignidad y valor de la persona. La persona es el objetivo central. Por tanto, las mujeres y las niñas forman una parte integrante y fundamental de los derechos humanos universales. De esta forma, consideró que la violencia y otras formas de acoso y explotación sexual eran incompatibles con la defensa de los derechos humanos (Díaz-Aguado y Martínez Arias, 2002).

A finales del mismo año de 1993, en diciembre, con la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, queda definido el concepto de violencia de género como

todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coerción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada (Bejerano Guerra, 2002).

Dos años más tarde, en 1995, se celebró la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Beijing. Esta conferencia potenció la concepción de igualdad en la opinión pública. En su seno se aprobaron los documentos la Declaración Política y la Plataforma para la Acción, y se defendió que los derechos de las mujeres son derechos humanos (Dávila del Cerro, 2002).

Así mismo, se instó a las instituciones públicas y privadas a comprometerse para impulsar acciones que hicieran frente a doce áreas u obstáculos consensuados que impiden la concepción de la mujer como sujeto de pleno derecho. En este sentido, se acordó la adopción de una serie de medidas integradas que englobaran tanto la prevención como el estudio de las causas y las consecuencias de este tipo de violencia (Díaz-Aguado y Martínez Arias, 2001).

Con posterioridad, en 1997, en Estambul, en el contexto de la celebración de la IV Conferencia Ministerial sobre Igualdad entre Mujeres y Hombres, organizada con el objetivo primordial de trabajar por la democracia y la igualdad entre la mujer y el hombre, vuelve a emerger el tema de la violencia. Según apuntan Díaz-Aguado y Martínez Arias (2002), el Consejo de Europa alienta a los Estados miembros a preparar un instrumento legal europeo sobre el tema.

A partir de esta conferencia se impulsa un Plan de Acción de medidas que deben adoptar las instituciones nacionales, internacionales, gubernamentales y no gubernamentales. De tal forma que en la Declaración de la II Cumbre del Consejo de Europa de 1997, los jefes de estado y de gobierno determinaron combatir

la violencia hacia las mujeres y toda forma de explotación sexual. Además, el Comité Directivo para la Igualdad entre Mujeres y Hombres organizó, en 1998, un foro de información centrado exclusivamente en eliminar la violencia en el seno familiar.

Más recientemente, en junio del año 2000, se celebró en Nueva York la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, denominada «Las mujeres en el año 2000: igualdad, desarrollo y paz en el siglo XXI». El objetivo principal de esta Sesión Especial se centró en la revisión de los avances acaecidos desde la Declaración Política y la Plataforma para la Acción de Beijing.

Según apunta Dávila del Cerro (2001), los meses anteriores a la celebración de esta Sesión Especial de Nueva York (junio del 2000) fueron de gran intensidad organizativa para la preparación y coordinación a escala internacional y nacional. Entre los eventos que se realizaron sobresalen:

- En el *ámbito internacional* se desarrollaron las siguientes reuniones:
 - Reunión Regional Preparatoria de la Comisión Económica para Europa de Naciones Unidas (ECE), (Ginebra, enero del 2000). En esta reunión se acordaron los siguientes documentos: La mujer y la economía; La violencia contra las mujeres y los niños; Las mujeres en puestos directivos, y Los mecanismos institucionales para el avance de las mujeres.
 - Conferencia Europea sobre Seguimiento de la Plataforma de Acción de Beijing (Bruselas, 3 y 4 de febrero del 2000). Su objetivo era facilitar la coordinación interna de la Unión Europea. Para ello se examinaron los documentos base elaborados en la anterior Conferencia Regional Preparatoria.
- En el *ámbito nacional-estatal*, se llevaron a cabo, entre otras, las siguientes iniciativas:
 - Edición de un boletín y suministro de información a través de Internet. Esta acción está dirigida, principalmente, a la información y la concienciación social sobre el problema. Así mismo, ofrece servicios de asesoramiento y tratamiento.
 - Reuniones periódicas con las comunidades autónomas y con las ONG del Consejo Rector del Instituto de la Mujer.
 - Preparación de un seminario que, con el título «Las mujeres en el año 2000: hechos y aspiraciones», se desarrolló en mayo del mismo año 2000.

En este contexto como telón de fondo, la Unión Europea, por su parte, ha ido dando cuerpo y fomentando medidas de acción contra la violencia de género a través del impulso de normas plasmadas en resoluciones, recomendaciones o declaraciones. Hasta el punto de que, en la actualidad, el tema de la violencia de género forma parte de los objetivos primordiales implícitos en el programa político de la UE. Su actuación se circunscribe al ámbito de la coordinación y cooperación entre los Estados miembros para impulsar la información y sensibilización de la población, fomentar medidas preventivas y de protección a las víctimas y mejorar las estadísticas.

Sin embargo, y a pesar de estos esfuerzos, el ámbito penal queda lejos del trabajo comunitario, dado que pertenece a la jurisdicción de cada uno de los Estados miembros. Con todo, existe una tendencia a la unificación, vista la conciencia y el peso que está tomando el tema y el interés general que cobra protagonismo en la Campaña Tolerancia Cero o el Programa DAPHNE, junto a una serie de recomendaciones y resoluciones del Parlamento Europeo. Entre estas últimas cabe citar las siguientes:

– Resolución 4-44/86, sobre Agresiones a la Mujer. Aborda el problema de las agresiones desde la dimensión sexual y lo extiende al ámbito privado y a la prostitución.

– Resolución A3-0349/94, sobre violaciones de las libertades y los derechos fundamentales de las mujeres. Centrada en la violación de los derechos de las mujeres a la integridad de sus cuerpos.

– Resolución A4-0250/97, sobre la Campaña Europea de Tolerancia Cero ante la Violencia contra las Mujeres. Trata la violencia masculina contra las mujeres sea donde fuere, en la familia, en el lugar de trabajo o en la sociedad en general. Contempla, igualmente, diferentes modos de violencia o malos tratos contra las mujeres, como las agresiones físicas, psíquicas y sexuales (Bejerano Guerra, 2001).

Asimismo, la iniciativa DAPHNE, surgida en 1997 en el seno del Parlamento Europeo, tiene el objetivo de promover medidas de acción preventivas destinadas a erradicar la violencia infantil (niños y niñas), juvenil (adolescentes) y de las mujeres. Con esto, la iniciativa DAPHNE, en el año 2000, pasó a convertirse en un programa trianual (2000-2003) para combatir la violencia contra los menores, los jóvenes y las mujeres. El ámbito de actuación del Programa se dirige a proteger la salud física y psíquica mediante la prevención de la violencia y la prestación de medidas a favor de las víctimas. Además, apoya las acciones realizadas por

las ONG y los organismos especializados centrados en esta materia (Díaz-Aguado y Martínez Arias, 2001).

Corresponden a los Programas DAPHNE las siguientes decisiones:

– Decisión 293/2000/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de enero de 2000. Aprueba el programa de acción comunitario (Programa Daphne, 2000-2003) sobre medidas preventivas destinadas a combatir la violencia ejercida sobre los niños, los adolescentes y las mujeres (Diario Oficial de las Comunidades Europeas, de 9-2-2000).

– Decisión n.º 803/2004/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de abril de 2004, por la que se aprueba el programa de acción comunitario (2004-2008) para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre las mujeres (Programa DAPHNE II) (Diario Oficial de la Unión Europea, de 30-4-2004).

– Decisión n.º 779/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2007, por la que se establece, para el período 2007-2013, un programa específico para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y proteger a las víctimas y los grupos de riesgo (Programa DAPHNE III) (Diario Oficial de la Unión Europea 3-7-2007)

II. CONCEPTOS GENERALES SOBRE LA VIOLENCIA

Según el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud cada día pierden la vida de forma violenta en torno a 4.000 personas, sea de una u otra forma. Y por encima de esta cifra se sitúa el número de personas que sobreviven a actos violentos quedando, en gran parte de las ocasiones, discapacitadas y traumatizadas emocionalmente (OMS, 2003).

Siguiendo a las mismas fuentes, puede considerarse la violencia como el resultado de una compleja interacción entre factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales. En este sentido, se diferencia entre violencia, violencia autoinfligida, violencia interpersonal y violencia colectiva (OMS, 2002).

En cualquier caso, las formas de violencia pueden definirse de la siguiente forma (Laizgoitia, 2006):

Violencia: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones.

También se contemplan en esta definición la intimidación y las amenazas, la negligencia o los actos de omisión.

Violencia autoinfligida: Se refiere a la violencia ejercida por un individuo contra sí mismo. Comprende el suicidio, parasuicidio y autoabuso.

Violencia interpersonal: Se caracteriza porque un sujeto o un grupo pequeño de sujetos actúan contra otros en el marco de las relaciones interpersonales o en encuentros esporádicos. La violencia doméstica, la de calle o la de comunidad forman parte de esta categoría.

Violencia colectiva: Es la ejercida por personas que se identifican como miembros de un grupo, sea transitorio o de larga duración, y que actúan contra otros grupos o un conjunto de individuos para conseguir objetivos de índole política, económica o social.

La violencia doméstica se enmarca, pues, dentro de la denominada violencia interpersonal.

Por su parte, en la Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre la Protección de la Mujer contra la Violencia, aprobada el 30 de abril del 2002, la agresión contra éstas engloba cualquier acto violento por razón del sexo, que puede tener como resultado un daño físico, sexual, psicológico o el sufrimiento de la mujer, incluyendo la coacción o la privación de libertad producidas en la vida pública o en la privada.

Según esta Recomendación, la violencia contra las mujeres incluye lo siguiente:

- Violencia que se produce en la familia o en la unidad doméstica, abarcando la agresión física y mental, el abuso emocional y psicológico, la violación, los abusos sexuales, el incesto, la violación entre cónyuges o compañeros sentimentales o los matrimonios forzados...

- Violencia que se produce dentro de la comunidad general, incluyendo el acoso sexual y la intimidación, la violación o los abusos sexuales...

- Violencia perpetrada o tolerada por el Estado o sus oficiales.

- Violación de los derechos humanos de las mujeres en circunstancias de conflicto armado (Comisión de Seguimiento del Acuerdo Interinstitucional, 2005).

En relación con el impacto de la violencia en las generaciones más jóvenes, y en los propios niños y niñas, se han observado tasas elevadas de morbilidad psicológica en menores que han vivido la violencia, hasta el punto de constituir una población con índices elevados de vulnerabilidad (Herman, 1998). Al mismo tiempo y de forma paradójica, estos niños y niñas pueden presentar mayor resistencia psicológica ante algunas circunstancias como la de habituarse a situaciones violentas e, incluso, llegar a aceptarlas como normales, principalmente cuando se explican y se apoyan en su entorno social íntimo (Engle, Castle y Henon, 1996; Larizgoitia, 2006).

En cualquier caso, entre los elementos que contribuyen a que se acepte la violencia, y a que se produzca violencia, se encuentra haber vivido en un entorno protagonizado por una disciplina parental y/o autoritaria, haber experimentado la violencia en las propias carnes, es decir, ser víctima o testigo directo de actos

violentos. Así mismo, también son importantes el consumo de alcohol y sustancias tóxicas, el tráfico de drogas, una actuación policial inadecuada y la existencia de normas que discriminen a las mujeres y favorezcan la violencia como forma de resolver conflictos (OMS, 2003).

Por tanto, en un entorno violento se corre el riesgo de que los menores aprendan que la violencia es una forma natural de establecer relaciones interpersonales.

Los adultos criados en un ambiente violento transmiten estas actitudes a sus descendientes y éstos harán lo propio con los suyos. De esta manera, el problema llega a transmitirse de generación en generación.

En un estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas, barómetro de marzo del 2004, a la pregunta sobre cuáles son los principales problemas que existen actualmente en España, la *violencia contra la mujer* se encontraba en el quinto puesto, por detrás del terrorismo, el paro, la vivienda y la inseguridad ciudadana (CIS, 2004).

1. VIOLENCIA DE GÉNERO FRENTE A VIOLENCIA DOMÉSTICA

La expresión *violencia de género*, de uso reciente, como lo es también el reconocimiento social de esta realidad, está considerada como una pandemia mundial y cuenta con opiniones enfrentadas.

La expresión *violencia de género*, según informe de la Real Academia Española (2004), es de uso reciente y se ha difundido a partir de la IV Conferencia Internacional de Beijing de 1995 al amparo de la ONU. Con esta expresión se «identifica la violencia, tanto física como psicológica, que se ejerce contra las mujeres por razón de su sexo, como consecuencia de su tradicional situación de sometimiento al varón en las sociedades de estructura patriarcal».

El vocablo, como tal, procede del inglés *gender-based violence* o *gender violence*, y, al circunscribirlo al entorno lingüístico español de la palabra *género*, tiene otras acepciones que bien podrían confundir (género literario, género de vida, género masculino o femenino).

Además, en el mismo informe queda patente la fuerza del vocablo *violencia doméstica* frente a *violencia de género*, tanto en la documentación que aparece en Internet, vía Google, como en la documentación del Hábeas de referencia del español (IREA). La proporción se sitúa en torno a un tercio (RAE, 2004).

En cualquier caso y según lo apuntado en el informe realizado por la Comisión de Seguimiento del Acuerdo Interinstitucional (2005), el término

violencia de género está cobrando un fuerte protagonismo a pesar de no existir un consenso generalizado sobre su significado. Todo esto puede conllevar una cierta confusión.

A pesar de ello, y siguiendo las mismas fuentes, se llega a asumir *violencia de género* como el término más completo al hacer referencia al ámbito familiar, pero también al social, y englobar todos los tipos de violencia que sufren las mujeres por razón de su sexo. Junto a él, el término *doméstico* sirve para concretar el ámbito donde se produce esta forma de violencia.

En este orden, como señalan Alberdi y Matas (2002), la violencia de género implica connotaciones que aluden a la cultura y a la construcción social. Por tanto, no queda circunscrita meramente al ámbito individual e intrafamiliar, ni es una derivación espontánea de la naturaleza, sino que se explica en clave cultural cargada de connotaciones ideológicas (Maqueda, 2006).

Siguiendo a las autoras citadas, Alberdi y Matas (2002), el fenómeno de la *violencia de género* no se ve, y cuando se logra ver no se puede dejar de ver. La situación se compara a los dibujos escondidos en láminas tridimensionales que tardan en verse, pero cuando se logran identificar es muy fácil volver a verlos. Cuando se empieza a ver el fenómeno de la violencia por razón del sexo, se comienza a ver que hay un colectivo que sufre de manera sistemática, y surge la pregunta sobre la legitimidad del fenómeno.

Sea como fuere, violencia doméstica, violencia de género, lo bien cierto es que existe una realidad social que sale a la luz casi diariamente inundando noticias y periódicos. La violencia contra las mujeres no es una cuestión biológica ni meramente circunscrita a lo particular o doméstico. Antes bien, se trata de una violencia individual ejercida en el ámbito familiar o de pareja por quien se define en la posición de superioridad, y que se enmarca en una situación de discriminación intemporal que tiene su origen en la estructura social de naturaleza patriarcal.

En ocasiones, la confusión de etiquetas, violencia de género-violencia doméstica, puede enmascarar el problema y llegar a ser una forma de perpetuar la larga y dilatada resistencia social a reconocer que el maltrato a la mujer es una forma más de violencia (Maqueda, 2006).

Desde esta posición, las regulaciones que van surgiendo, bien de alcance internacional bien nacional, se acompañan de una descripción sobre la violencia que pretenden atacar. En esta línea, la Declaración de Naciones Unidas de 20 de diciembre de 1993 sobre la eliminación de la agresión contra la mujer contempla que ésta

constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte el hombre y han impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto al hombre (Naciones Unidas, 1995).

Y en este sentido se alinea la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas derotección integral contra la violencia de género en el ámbito español, al identificarla como «manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres...» (art. 1). La misma ley, en el capítulo introductorio sobre la exposición de motivos, considera que este problema no ha de circunscribirse al ámbito privado, sino que se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en la sociedad.

En la misma dirección, son significativas las recomendaciones que hacen los organismos oficiales, como la Declaración de las Naciones Unidas (2003) o el Parlamento Europeo (1997), por ejemplo, a la sociedad para sensibilizarla y concienciarla sobre la gravedad del problema, así como para que cambie de actitud hacia este gran problema social (Maqueda, 2006).

2. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA

La ya citada Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, realizada en 1993 en el seno de la Asamblea General de las Naciones Unidas, define este fenómeno como

todo acto de violencia por razones de sexo que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada (Naciones Unidas, 2002).

En la Declaración y el Programa de Acción de Viena se subraya la importancia de eliminar la violencia contra la mujer en la vida pública o privada (ONU, 1993).

Asimismo, la violencia en el seno familiar forma parte de la preocupación plasmada por el Alto Comisionado de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 2001). Dicho informe deja patente que la violencia contra la mujer, y en particular la violencia en el hogar, adolece de medidas jurídicas suficientes para abordarla y le preocupa que los Estados no tipifiquen específicamente como delito la violación en el matrimonio. Igualmente le preocupa que haya un número elevado de matrimonios forzados o de matrimonios de menores y que la crueldad no constituya un motivo de divorcio. Asimismo, es sensible a que se haga excesivo hincapié en la reconciliación en situaciones de ruptura matrimonial, incluidos los casos en que haya habido violencia (Naciones Unidas, 2001, punto 258).

2.1 *Fases de la violencia doméstica*

El ciclo de la violencia doméstica de tensión, agresión y reconciliación o «luna de miel» se utiliza para explicar el modo en que se produce, se mantiene y perdura la violencia (Medina, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (2002) añade otra forma de relación violenta producida por una continua situación de frustración y amenaza, donde de forma ocasional aflora la agresión física. Esta última forma moderada de violencia es más difícil de detectar (Ruiz Pérez, Blanco Prieto y Vives Cases, 2003).

- *Fase de acumulación de tensión.* La irritabilidad del hombre crece de forma alarmante por pequeñas disfunciones relacionadas con la vida cotidiana, el mundo laboral, el entorno social e incluso por el propio negativismo de su pensamiento.

Durante esta fase la violencia no es explícita, sino que se manifiesta en forma de silencios prolongados, gestos y actitudes hostiles o gritos. Esta situación conlleva un debilitamiento de la víctima dados los continuos esfuerzos por satisfacer y calmar al agresor y sus consecuencias positivas. El debilitamiento moral de la víctima envalentona al agresor, lo que hace que se justifique el maltrato, según el propio agresor.

- *Fase de agresión o explosión violenta,* denominada también *episodio agudo que produce la descarga.* El agresor pierde el control de sí mismo. Se producen gritos, insultos y amenazas que pueden ir acompañados, o no, de objetos arrojados contra la víctima. La violencia física puede iniciarse de forma paulatina mediante empujones. Ésta va creciendo hasta llegar a las manifestaciones cada vez más agresivas, que pueden desembocar en la misma muerte, como lo demuestran las cifras de muerte de mujeres a manos de su pareja.

Con posterioridad, el agresor suele hablar de estallido de violencia como modo de liberación de la energía negativa acumulada. Sin embargo, la mujer no suele reaccionar. Raramente le suscita ira, sino más bien tristeza y sentimientos de impotencia. Es más, las relaciones y los roles establecidos entre ambos provocan que, en una relación marcada por la violencia, ésta quede potenciada y vuelva a manifestarse en el futuro. De ahí que en este contexto la mujer se sienta indefensa y vea que la mejor solución es la sumisión.

En los últimos años, período que va desde 1999 hasta junio del 2007, han fallecido un total de 492 mujeres. Las cifras por años muestran un rango entre 50 mujeres en el año 2001 y 72 en el año 2004 (Mtas., 2007). Según la misma fuente, 62 de estas muertes por violencia se produjeron en la Comunidad Valenciana.

TABLA 2.1
Fenicios en España: Mujeres muertas a manos de su propia pareja o ex pareja

Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Enero-junio 2007
N.º de mujeres	56	63	50	54	71	72	58	68	40

Fuente: INE base, 2001 y Mtas., 2007.

Por otro lado, según fuentes de la Dirección General de la Mujer y por la Igualdad, los centros mujer 24 horas situados en cada una de las capitales de las provincias valencianas han atendido a 20.711 mujeres desde su creación –en el año 1996– hasta el año 2006. De ellas, 11.834 fueron asistidas a causa de maltrato físico y psicológico, 7.332 por maltrato psicológico, 746 por agresiones sexuales, 514 por abusos sexuales y 285 mujeres por acoso sexual.

A estas cifras cabe añadir además que el Servicio de Atención Telefónica Gratuita ha atendido un total de 248.809 llamadas por violencia de género durante el mismo período 1996-2006 (Dirección General de la Mujer y por la Igualdad, Generalitat Valenciana, 2007).

- *Fase de remordimiento, disculpas o de «luna de miel».* En esta fase de calma después de la explosión de la ira, resurge una relación más positiva no exenta de arrepentimiento del agresor y del compromiso de no volver a actuar de forma violenta.

La relación cambia de pautas, el hombre se adapta, se torna más sensible, con lo que la mujer le trata con cariño y cordialidad. Comienza una buena rela-

ción y nadie quiere recordar los episodios violentos. Sin embargo, también se considera un período cargado de dificultades porque en él reina una especie de manipulación afectiva.

Por una parte, el hombre pide perdón, llora y promete cambiar, ser un buen padre, buen marido y amable en los momentos en los que está arrepentido realmente. Se siente culpable y puede temer las consecuencias de sus actos si esto se denuncia. Por otra, percibe la situación como si dependiera de la mujer y estuviera controlado por ella.

Con estos sentimientos ambivalentes como telón de fondo y una vez perdonado por la compañera, se inicia un nuevo ciclo, precedido por un aumento de la irritabilidad y la tensión. Surge la idea de demostrar quién manda y de parar a la pareja. Comienza la discordia y el ciclo vuelve a reproducirse, hasta el punto de que algunos hablan de una cuarta fase.

- *Fase de escalada y reanudación del ciclo.* Después de ser perdonado por la compañera empieza la irritabilidad. La tensión aumenta y acaba la etapa relativamente agradable. Cuando la mujer intenta ejercer su recién ganado poder, él siente que pierde el control sobre ella. Se inician nuevas discordias y el ciclo vuelve a reproducirse: el varón intenta provocar el miedo y la obediencia de la compañera en ese juego de relaciones de poder (Bejerano Guerra, 2001).

Si bien es cierto que cada pareja tiene su propio ritmo cíclico, no es menos cierto que las etapas son cada vez más cortas a medida que se repiten los ciclos. La disminución del ciclo a medida que se repite conlleva mayor dependencia de la mujer y mayor poder del agresor (Barea, 2006; Hirigoyen, 2006).

2.2 *Modalidades de violencia contra la mujer por razón de su sexo*

Dado pues el análisis precedente, se van a contemplar, en este apartado, las diferentes formas de violencia ejercidas sobre las mujeres que tienen su base en el sexo y, por tanto, que puede circunscribirse al *género*, sea en el ámbito doméstico, sea en ámbitos sociales más amplios relacionados con la convivencia.

Los malos tratos no siempre tienen la finalidad de atacar físicamente a la persona, sino, más bien, de someter la voluntad de la persona sobre la que se ejercen dichas actuaciones agresivas (Alberdi y Matas, 2006).

En este sentido, las agresiones no siempre serán de tipo físico, pueden ser, también, psíquicas y sexuales. Una agresión física causa un daño físico palpable. Una agresión psíquica no causa un daño visible, pero puede producir deterioros físicos y mentales de difícil remisión.

Diferentes estudios demuestran que las mujeres expuestas a violencia física tienden a desarrollar sentimientos de minusvalía, unidos a culpabilidad, aislamiento, cerrazón y autoafianzamiento de la percepción de que no se les va a apoyar si su situación sale a la luz. Esta posición conduce a sentimientos de incapacidad y de baja autoeficacia que impiden escapar del maltratador (Rothenberg, 2003). La gravedad psicopatológica relacionada con el estrés postraumático y el malestar emocional conducen a desarrollar ansiedad y depresión según McGrunder-Jonhson, Davidson, Gleavues, Stock y Finch (2000); depresión, ansiedad y estrés postraumático según Stein y Kennedy (2001) y Soler, Barreto y González (2005). Además, los niños expuestos a vivencias relacionadas con este fenómeno son propensos a reproducir situaciones semejantes en la edad adulta. La violencia en la infancia constituye un factor relevante y predice la victimización futura (Sarasua y Zubizarreta, 2000; Echeburúa y Corral, 1998; Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002).

Igualmente, la violencia tiene efectos sobre la salud en general. Se han demostrado relaciones con problemas ginecológicos, como el dolor pélvico asociado a una enfermedad inflamatoria de la pelvis; hipertensión; cefaleas, o el síndrome de colon irritable (Villavicencio, 1999). También con la fibromialgia o cuadro de dolor osteomuscular crónico generalizado (Ruiz Pérez, Blanco Prieto y Vives Cases, 2004). En relación con el impacto que la violencia ejerce sobre la salud ha llegado a defenderse el «síndrome de la mujer maltratada», que aglutina una serie de problemas psicológicos que se dan en el colectivo de mujeres que sufren esta situación. Estos problemas se refieren a ansiedad, insomnio, baja autoestima, depresión clínica y trastorno de estrés postraumático (Stein y Kennedy, 2001).

Además, la violencia durante el embarazo tiene consecuencias sobre la mujer y, también, sobre el feto o recién nacido. En este período se asocia con abortos, muerte fetal, parto prematuro y lesiones fetales y del recién nacido, así como con bajo peso al nacer (Ruiz Pérez, Blanco Prieto y Vives Cases, 2004).

Como se ha analizado en el capítulo precedente, la ONU, en el marco de la Plataforma de la Acción de Beijing de 1995, definió la violencia contra las mujeres como todo acto de violencia sexista que conlleva un daño de naturaleza física, sexual o psicológica, incluyendo amenazas, coerción y privación arbitraria de la libertad para las mujeres, ya se produzca en la vida pública o en la privada.

Por consiguiente, y siguiendo a Díaz Aguado y Martínez Arias (2002), la violencia contra las mujeres puede tener diferentes acepciones:

- Violencia física, sexual y psicológica en la familia.
- Violencia física, sexual y psicológica en el entorno social.
- Violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado.

Este estudio trata de manera especial la violencia física, sexual y psicológica ejercida en el ámbito familiar-doméstico. Las diferentes modalidades que la literatura contempla son la violencia física, la sexual y la psíquica.

a) Violencia física: Uso de la fuerza contra el cuerpo de la otra persona.

Se refiere a cualquier conducta que contemple agresión física, desde empujones, bofetadas, patadas o estrangulamientos... que pueden ser realizados con objetos contundentes –palo, cinturón, cuerda o armas blancas como cuchillos.

Este tipo de violencia es la más evidente de todas las modalidades y de difícil ocultamiento por las marcas visibles que produce. De ahí que haya sido la más fácil de tratar. El tratamiento legal se ha centrado tradicionalmente sobre el maltrato físico, previa denuncia y demostración fehaciente de las consecuencias físicas (informes médicos, etc.).

Es frecuente que en los procesos penales los partes médicos de lesiones sean fundamentales y se encuentran por encima de la intencionalidad o brutalidad de las acciones que los impulsaron.

Sin embargo, es difícil que la violencia física no se acompañe de humillaciones, desprecios y maltrato psíquico.

b) Violencia psíquica: Alude a toda conducta orientada a la desvalorización de la otra persona. Se trata de acciones no accidentales que conllevan un daño o riesgo para la integridad psíquica de la víctima, en forma de amenaza, insulto, humillación, desprecio, rechazo afectivo, así como de bloqueo de las iniciativas de interacción, aislamiento o incomunicación (Comisión de Seguimiento del Acuerdo Interinstitucional, 2005). Los malos tratos psíquicos tienen consecuencias nefastas sobre la salud, al causar sufrimiento y deterioro de la salud física y mental de la víctima (Echeburúa y Corral, 1998).

La agresión psíquica suele realizarse a través de manipulaciones emocionales que quedan patentes mediante el desprecio, la humillación o la culpabilización y que tienen un efecto devastador sobre la seguridad de la víctima. Pertenecen a esta categoría el desprecio hacia sus opiniones, los trabajos o las actividades realizadas por la mujer, así como la violencia de rol o control patriarcal. Están encaminadas a controlar las actividades de la mujer relacionadas con su tiempo, su trabajo, sus relaciones y sus medidas de subsistencia. El objetivo se dirige a limitar al máximo la autonomía personal y, así, erosionar la iniciativa propia, con la finalidad de reducirla a un ser pasivo y dócil (Alberdi y Matas, 2002).

Igualmente, se enmarcan las amenazas y coacciones que tienen el objetivo de imponer conductas de sumisión, obediencia, aislamiento y control. La amenaza de ejercer violencia ante la negativa a una solicitud actúa como instrumento de

control, a la vez que les impide tomar decisiones y las encauza a actuar según opinan los maridos o los compañeros. En este sentido y siguiendo a las mismas autoras, Alberdi y Matas (2002), la amenaza es un instrumento de control sobre las mujeres, y actúa de una forma eficaz sobre el control, la sumisión y la obediencia. Las mujeres víctimas de violencia no se atreven a hacer lo que ellas desean y sólo buscan evitar el desencadenamiento de la violencia.

c) *Violencia sexual*: Se refiere a comportamientos de naturaleza sexual realizados sin el consentimiento de la víctima (Comisión de Seguimiento de Acuerdo Interinstitucional, 2005). Se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que imponen relaciones sexuales no deseadas a través de coacción, intimidación o indefensión. Por tanto, es un acto que atenta contra la libertad sexual y lesiona la dignidad de la mujer (Alberdi y Matas, 2002; Díaz Aguado y Martínez Arias, 2002)

Según fuentes del INE (2002) recogidas del Cuerpo Nacional de Policía y de la Guardia Civil sólo en el año 2000 se produjeron casi 7.000 delitos contra la libertad e indemnidad sexual. Además, en el mismo año se denunciaron 1.230 violaciones con penetración. El número de mujeres víctimas por delito contra la indemnidad sexual fue de casi 7.500, frente a los 1.103 hombres víctimas de la misma categoría. Si se suman ambas cifras se obtiene que por encima del 87% fueron mujeres.

TABLA 2.2
Delitos contra la libertad e indemnidad sexual

	1997	1998	1999	2000
Delitos contra la libertad sexual	6.963	7.418	7.198	6.964
Violaciones (agresiones sexuales con penetración)	1.094	1.281	1.082	1.230
Mujeres víctimas por delitos contra la indemnidad sexual	7.013	7.008	7.662	7.464
Hombres víctimas por delitos contra la indemnidad sexual	1.187	1.135	1.090	1.103

Fuente: INE, 2002. Cuerpo Nacional de Policía y de la Guardia Civil.

En la tipificación de violencia sexual se consideran diferentes tipos:

- *Agresiones sexuales*: se producen por mediación de violencia o intimidación.
- *Abusos sexuales*: se realizan sin violencia o intimidación. Están incluidos los abusos sobre personas que no pueden prestar consentimiento válido por tener limitadas las capacidades volitivas o intelectuales, como menores o discapacitados.

- *Acoso sexual*: referidos a comportamientos verbales, no verbales o físicos de índole sexual y no deseados, que se producen en entornos relacionales laborales, docentes o similares, con el propósito de atentar contra la dignidad de la persona o de crear una situación intimidatoria hostil.

Las relaciones sexuales forzadas conllevan diferentes problemas en la persona que las sufre o ha sufrido. Éstos van desde un embarazo no deseado hasta una enfermedad venérea, incluido el VIH/SIDA. Además, pueden atentar de forma directa contra la salud sexual y reproductiva (Ruiz Pérez, Blanco Prieto y Vives Cases, 2003).

III. FACTORES DE VULNERABILIDAD ASOCIADOS A LA VIOLENCIA

Las dificultades que tienen las mujeres para abandonar a su cónyuge o compañero violento se comprenden desde la perspectiva del estatus de la mujer en la sociedad y las relaciones de sumisión/dominación que se fomentan (Hirigoyen, 2006).

La presencia de factores de riesgo puede potenciar la probabilidad de que la persona agresora se comporte de forma violenta y las agredidas sean más vulnerables. De esta forma, el círculo en el que se enmarca la situación facilita el surgimiento de agresiones.

A pesar de la dificultad de aislar los factores de riesgo implícitos en la violencia de género, recientemente han aparecido algunos estudios empíricos que tratan de identificarlos. De esta forma, se va definiendo el perfil del maltratador. Algunos factores como el desempleo (Rodríguez, Lasch, Chandra y Lee, 2001), la inseguridad personal (OMS, 2002), la pérdida temprana de la madre y/o del padre, que la mujer esté embarazada (Hernández, Sepúlveda y Soler, 2001) y el abuso del alcohol y las drogas (Chermack, Fuller y Blow, 2000).

En cualquier caso, frente al planteamiento epidemiológico centrado nuevamente en los «factores de riesgo» del agresor o de la víctima, se plantean otros modelos más complejos que tienen como referencia una visión epidemiológica y social.

Siguiendo a Heise, Ellsberg y Gottemoeller (1999), se propone una visión ecológica integrada para el estudio y análisis de la violencia contra la mujer. Desde esta perspectiva, se considera que no existen factores causales, sino una interacción de factores que operan desde diferentes niveles y que pueden favore-

cer o inhibir la violencia. Entre los factores se encuentran los culturales, el género y las relaciones de poder en el seno de la convivencia. Las normas culturales no sólo se manifiestan en el ámbito individual-conyugal, también se encuentran en la atmósfera de las relaciones familiares, de la comunidad y del contexto social más amplio. En general, desde todos los ámbitos pueden estimularse directa o indirectamente.

En esta línea y siguiendo las conclusiones de estos autores y, también, del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, los factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a la violencia contra la mujer pueden clasificarse en factores de índole cultural, social, familiar e individual (tabla 3.1).

TABLA 3.1
Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a la violencia contra la mujer

<p>a) <i>Culturales</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Cultura patriarcal.- Estereotipos rígidos de masculinidad y feminidad.- Creencias sobre la disciplina y el valor del castigo. <p>b) <i>Sociales</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Falta de recursos económicos, trabajo precario o desempleo y escaso nivel de formación de ambos miembros de la pareja.- Discriminación laboral.- Defensa del carácter privado del ámbito familiar.- Estructura y funcionamiento de las instituciones y deficiente apoyo institucional a las víctimas.- Imagen de la mujer en los medios de comunicación.- Carencia de apoyo social. <p>c) <i>Familiares</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Un alto grado de rigidez de la estructura familiar.- Intensidad de los vínculos interpersonales.- Estrés atribuible a fases del ciclo vital.- Conflictos conyugales y maltrato en relaciones anteriores. <p>d) <i>Individuales</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Los trastornos del control de los impulsos.- Los celos patológicos.- Baja autoestima.- Inexpresividad emocional.- Abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas.- Aprendizaje de modelos de relación agresivos.- La edad.
--

Fuente: Heise, Ellsberg y Gottemoeller (1999), Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Entre los *factores culturales* se encuentran:

– *La cultura patriarcal*: inculca la subordinación de la mujer al hombre. El código patriarcal, incluso, prescribe unos roles de género cercanos al binomio amo-criado en el que se establece la posibilidad de castigo y de agresión en caso de desacato o mal servicio (Alberdi y Matas, 2002). La violencia contra las mujeres es el modo de afianzar ese dominio (Ruiz Pérez, Blanco Prieto y Vives Cases, 2004). La violencia contra la mujer es aprendida e instrumental. En este sentido, no es un fin en sí misma, sino el instrumento de dominación y control social. El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres es un rasgo fundamental del patriarcado que requiere mecanismos de sometimiento.

– *Estereotipos rígidos de masculinidad y feminidad*, basados en los roles que se ejercen asociados al sexo. Al hombre se le alinea con la fuerza y con la posibilidad de resolver conflictos mediante ella y a la mujer con la debilidad, la dulzura y la sumisión.

– *Creencias sobre la disciplina y el valor del castigo*. En numerosas ocasiones los comportamientos violentos se justifican y se consideran válidos para imponerse a la mujer. De esta forma, quedan reflejados en pareados, refranes y tonadillas surgidas de la inteligencia popular.

En relación con los *factores sociales* cabe señalar:

– *Falta de recursos económicos, trabajo precario o desempleo y escaso nivel de formación de ambos miembros de la pareja*.

Entre los estudios empíricos realizados, la clase social ha sido uno de los factores que más interés ha suscitado. En este sentido, a pesar de ser conocida la incidencia del maltrato en clases sociales elevadas, existe una relevancia mayor en los estratos económicos más bajos.

Así, los bajos niveles de estudio del agresor, incluyendo la categoría de tener estudios inferiores a la mujer, facilitan la emisión de conductas violentas como modo de imposición (Kyriakon, Anglin, Taliaferro, Stone, Tubb, Linden, Muelleman, Barton y Graus, 1999).

Las mujeres víctimas de malos tratos, por su parte, suelen tener un bajo nivel adquisitivo debido, entre otros factores, a que acceden a trabajos poco o mal remunerados, a que están en desempleo o a que, por falta de educación o con ella, se han visto relegadas al ámbito doméstico.

La falta de formación también puede provocar incapacidad para resolver conflictos interpersonales de forma respetuosa y educada. Además, puede ir acompañada de la aceptación de prejuicios que sesgan la percepción del otro sexo.

– *Discriminación laboral.*

Esta situación genera una mayor tasa de desempleo y menor remuneración de las mujeres.

Según fuentes del INE (2002), en este campo se produce una situación paradójica. El curso académico 1997/98 el porcentaje de mujeres universitarias se situaba casi en el 60%, frente al 40% de hombres. La proporción de población activa en el año 2000 era del 40% (mujeres) frente al 60% de hombres. Sin embargo, en los puestos directivos (directores) de empresas y de la Administración Pública se invertía la situación: el 68% estaban en manos de los hombres y sólo el 32% recaían sobre las mujeres.

Por último, en relación con el sueldo o la ganancia mensual (en euros), los hombres ganaban una media de 1.627,80 euros, mientras que las mujeres se quedaban en 1.227,54 euros (tabla 3.2).

TABLA 3.2
Indicadores de género

	Período	Varones	Mujeres
Licenciados universitarios	1997/98	40,74%	59,26%
Población activa	2000	59,77%	40,23%
Directores de empresas y de la Admón. Pública	2000	68,07%	31,93%
Ganancia media mensual (euros)	2000	1.627,80	1.227,54

Fuente: INE base 2002.

Con todo, el trabajo remunerado mejora la posición de las mujeres en la familia, las hace menos dependientes social y económicamente y reduce su vulnerabilidad. Además de aumentar el estatus social de la mujer dentro de la familia, el trabajo remunerado suele ir aparejado a formas de seguridad y protección legal que aumentan los derechos de las mujeres.

– *Defensa del carácter privado del ámbito familiar.*

Esta concepción provoca que los problemas que pueden sufrir en el seno familiar tengan que resolverse desde lo privado. Por tanto, se impide la intervención desde lo externo.

– *Estructura y funcionamiento de las instituciones y deficiente apoyo institucional a las víctimas.*

El entorno social (deporte, escuela, estereotipos, etc.) influye enormemente y es crucial en la retroalimentación permanente de la violencia en el seno familiar. En ella se aceptan modelos de poder vertical, autoritario, de matices sexistas y hasta violentos.

Por parte de la respuesta institucional que se ofrece a las víctimas, éstas no siempre reciben la asistencia terapéutica y económica adecuada. Y, en otras ocasiones, las mismas víctimas no acuden a denunciar para poder recibir la ayuda necesaria por vergüenza o convicciones erróneas ampliamente asentadas.

– *Imagen de la mujer en los medios de comunicación.*

El tratamiento que se hace de la mujer en los *mass media* es, en numerosas ocasiones, defraudantes.

– *Carencia de apoyo social* (de familiares, amigos y vecinos). Con frecuencia responde a un plan premeditado del agresor que tiende a romper los lazos entre la víctima y su entorno inmediato. Como se ha comentado, esas situaciones tienden a ocultarse por miedo y por vergüenza, las personas víctimas tienden a aislarse, lo cual dificulta las posibilidades de salir de éstas.

En relación con los *factores familiares*, siguiendo las mismas fuentes cabe señalar:

– *Elevada rigidez de la estructura familiar.* Ésta está provocada por el modelo de funcionamiento familiar autoritario y poco democrático donde el «cabeza de familia» tiene más derechos que deberes y es quien toma las decisiones y las impone.

– *Intensidad de los vínculos interpersonales.* Suelen producirse en relaciones afectivas muy posesivas donde el agresor pretende que la víctima viva para él y dependa de él.

En estas situaciones el conocimiento íntimo de la pareja, sus puntos débiles, sus temores y sus preferencias pueden facilitar el descontrol sobre la víctima. De la misma manera, en situaciones poco equilibradas y poco fluidas entre los cónyuges, cuanto más tiempo pasan juntos más probable es que surjan desavenencias y conflictos.

– *Estrés atribuible a fases del ciclo vital* como muerte de un familiar, embarazos no deseados o pérdida del empleo. Estas y otras situaciones semejantes pueden desencadenar problemas graves en la relación y conducir a la agresión.

– *Conflictos conyugales y maltrato en relaciones anteriores.* Éste es otro factor de vulnerabilidad considerado en los estudios empíricos. Se ha demostrado que cuando se han mantenido relaciones agresivas es más fácil volver a establecer nuevas relaciones en las que emerja la violencia. La reincidencia aparece con mucha facilidad tal como ha quedado reflejado en Wolfe, Scout, Werkerle y Pittman (2001).

Igualmente, cuando existen conflictos en las relaciones conyugales es más fácil que se produzcan situaciones que desencadenen violencia mediada por los malos tratos a la mujer (Hoffman, Demo y Edwards, 1994). Además, aumenta la violencia en los períodos de ruptura entre la pareja o inmediatamente después de la ruptura. En este caso se trata de una violencia ejercida por el exmarido o excompañero sentimental (Dutton y Kro, 2000).

Por último, contempla *factores de índole individual*. Entre los factores atribuibles a la persona se encuentran:

– *Los trastornos del control de los impulsos*. Muchos agresores aducen un débil autocontrol de la ira y ante cualquier frustración, por débil que sea, tienden a explotar con violencia. Con todo, pueden reconocer que la violencia no es aceptable.

– *Los celos patológicos*. Son bastante frecuentes en este colectivo. Suelen ir acompañados de inseguridad y desconfianza.

– *Baja autoestima*. La emisión de violencia suele darse entre las personas que han sufrido violencia en la infancia, con independencia del sexo. Sin embargo, el efecto de los factores relacionados con la sociedad y la cultura suele manifestarse de manera diferente: las mujeres son más propensas a padecer sentimientos de indefensión y culpabilidad, mientras que los hombres adoptan roles de extrema dureza y agresividad.

– *Inexpresividad emocional*. Los agresores suelen ser personas con escasas habilidades interpersonales y poca capacidad para comunicar sus sentimientos y sus necesidades.

– *Abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas*. El alcohol no desencadena, por sí mismo, la agresión, pero puede facilitarla al ser un facilitador de supresión de inhibiciones.

– *Aprendizaje de modelos de relación agresivos*. Como ha quedado reflejado anteriormente, las convivencias con modelos agresivos en la infancia actúan de forma vicaria en el aprendizaje y en la asunción de este modelo de actuación para la resolución de conflictos. La agresión se ve como algo normal y aceptable y se tiende a actuar de la misma forma en las relaciones sociales (Caprara y Zimbardo, 1996; Bandura, 1999; Delsol y Margolin, 2004).

Los adultos –agresores o víctimas– que han convivido con la agresividad y la han padecido en sus propias carnes tienen más probabilidades de relacionarse con parejas violentas. Las relaciones violentas son propensas entre adultos que presentan historiales de violencia en sus familias de origen. Esta situación se ha observado tanto entre los agresores como entre las víctimas (Buka, Stichick, Birdthistle y Earls, 2001; Barnow, Luch y Freyberger, 2001).

La edad. Otro factor estudiado se refiere a la edad de la víctima. Diferentes estudios han mostrado que existe una mayor ocurrencia entre niñas y ancianos y, entre ambos, los menores se encuentran en la cúspide de la vulnerabilidad (Noell, Rohde, Seeley y Ochs, 2001). En cuanto a las mujeres, parece que tener más de 40 años, estar casada, ser de raza negra y tener un historial depresivo conforman factores de riesgo y vulnerabilidad (Armstrong, 2001; Sepúlveda, 2004).

Este desalentador panorama se puede romper cuando se estimulan o existen situaciones que blindan y actúan a modo de película protectora ante la agresividad. En relación con los blindajes, siguiendo a Díaz Aguado (2002) se pueden concretar de la forma siguiente:

- Adquirir habilidades alternativas a la violencia que permitan afrontar el estrés y resolver los conflictos de la convivencia de manera eficaz, mediante el diálogo.
- Aprender a expresar a terceros las emociones y los pensamientos suscitados por el maltrato.
- Establecer relaciones afectivas positivas con otras personas, con la finalidad de vivir otras alternativas que ayuden a cambiar los sentimientos y las expectativas acerca de la vida y de las personas con quienes se relacionan.
- Rechazar y condenar explícitamente toda forma de violencia, incluida la propia, es decir, la sufrida en la infancia o en la etapa adulta.
- Comprometerse a no reproducir la violencia.

SEGUNDA PARTE

IV. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN ACOGIDA EN LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA: 2001-2005

En la Comunidad Valenciana existen 22 centros de servicios sociales especializados, uno de ellos se inauguró cuando se estaba redactando este estudio, a mediados del mes de febrero del 2007, por lo que no se ha tenido en cuenta a la hora de hacer los análisis evolutivos de este colectivo poblacional. Además, hay 3 centros 24 horas de atención a la mujer maltratada abiertos en cada una de las capitales de la Comunidad Valenciana.

Los centros de servicios sociales especializados acogen a mujeres víctimas de malos tratos y/o con problemas de exclusión social, bien solas bien acompañadas de sus hijas e hijos menores, con la finalidad de prestarles una ayuda psicológica y social facilitándoles los medios básicos que les ayuden a su reintegración social. Estos centros se encuentran ubicados en lugares estratégicos de las tres provincias valencianas. En concreto, existen 7 centros en Alicante, 2 en Castellón (no se contempla el centro de reciente creación) y 11 en Valencia. Igualmente, tampoco forma parte de este análisis la población atendida en los centros mujer 24 horas de acogimiento urgente y de carácter asistencial. La situación de las mujeres y de los menores ingresados en la actualidad en los centros de servicios sociales especializados es objeto de estudio más amplio en el siguiente apartado.

Este capítulo se centra en la evolución de la población que ha ingresado en dichos centros y, por tanto, las mujeres que han sido acogidas durante un tiempo mayor o menor que puede oscilar desde unos días o unas semanas hasta 18-24 meses aproximadamente.

Para llevar a cabo este análisis poblacional se han tenido en cuenta los datos registrados desde el año 2001 hasta el 2005, puesto que con anterioridad los datos no están registrados de forma fiable. El año 2006 se encuentra en proceso de recogida de información. Con todo, los datos correspondientes al año 2001 se encuentran bastante incompletos, como se deja plasmado en algunas de las tablas recogidas en este apartado.

Se procede a continuación a desarrollar los análisis objeto de estudio.

En primer lugar, cabe señalar que, en el año 2005, en la Comunidad Valenciana se disponía de un total de 315 plazas para atender a mujeres víctimas de malos tratos y/o con problemas de exclusión social, así como a sus hijos e hijas (tabla 4.1). De éstas, 142 plazas (45%) fueron cubiertas por las mujeres y 173 (55%) por sus hijos e hijas.

TABLA 4.1
Capacidad de plazas ofertadas en los centros de servicios sociales especializados mujer de la Comunidad Valenciana

	Total				
	2001	2002	2003	2004	2005
Alicante	88	94	126	126	126
Castellón	18	18	27	27	27
Valencia	60	150	150	150	162
Total	166	262	303	303	315

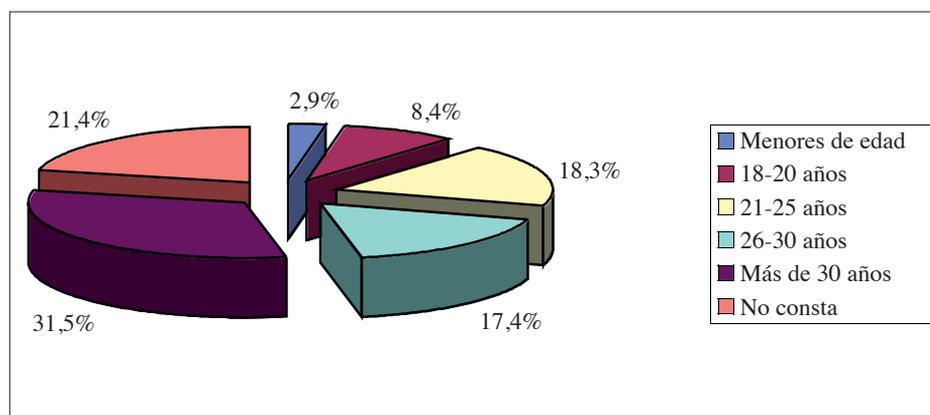
La tabla 4.1 recoge la evolución experimentada en este quinquenio. En él puede observarse que de las 166 plazas disponibles a finales del 2001 se pasa a 315 plazas en el 2005, lo que significa un incremento cercano al 90% en cinco años. En dicha evolución cabe destacar, por una parte, el fuerte impulso experimentado en el número de plazas disponibles en el año 2002 y, por otra, un aumento adaptado a las necesidades de atención a las mujeres que sufren malos tratos. De esta forma, en el año 2005 Alicante oferta un total de 126 plazas (40%), Castellón 27 (8,5%) y Valencia llega a las 162 plazas (51,5%), lo que se adapta a la demanda proporcional de cada una de estas provincias.

La tabla 4.2 y la gráfica 4.1 reflejan la edad de las mujeres asistidas en el momento del ingreso.

TABLA 4.2
*Número total de mujeres ingresadas en la Comunidad Valenciana
 en el período 2001-2005 y edades de las mismas*

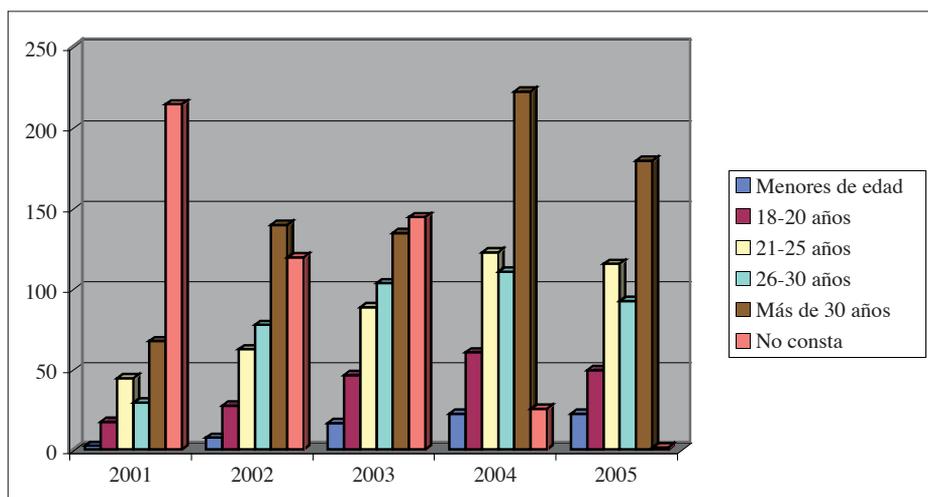
Año/edad	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Menores de edad	2	7	16	22	22	69	2,9
18-20 años	17	27	46	60	49	199	8,4
21-25 años	44	62	88	122	115	431	18,3
26-30 años	29	77	103	110	92	411	17,4
Más de 30 años	67	139	134	222	179	741	31,5
No consta	214	119	144	25	1	503	21,4
Total	373	431	531	561	458	2.354	100
%	15,8	18,3	22,6	23,8	19,4	100	

GRÁFICA 4.1
Edad de las mujeres atendidas en los centros entre el 2001 y el 2005



Como puede observarse, del total de 2.354 mujeres acogidas en el lustro 2001-2005, 268 son mujeres menores de 20 años (11,3%). De ellas, 69 tienen menos de 18 años (2,9%). El colectivo más numeroso corresponde al período que va desde los 21 hasta los 30 años de edad, este colectivo asciende a 842 personas, lo que supone el 35,7%. Casi 800 personas tienen más de 30 años (casi el 32%) y el restante 20% no ha dejado constancia sobre este dato.

GRÁFICA 4.2
Distribución de las mujeres atendidas en los centros especializados
en el período 2001-2005, en función de la edad



En relación con la evolución de las mujeres atendidas, la gráfica 4.2 constata, en primer lugar, la misma situación de recogida de la información. Como puede verse, en el año 2001 la categoría *no consta* es bastante elevada y baja progresivamente hasta desaparecer en el año 2005. Asimismo, se percibe una subida progresiva de las mujeres ingresadas que tienen más de 30 años, a la vez que mantienen cierta estabilidad las restantes categorías.

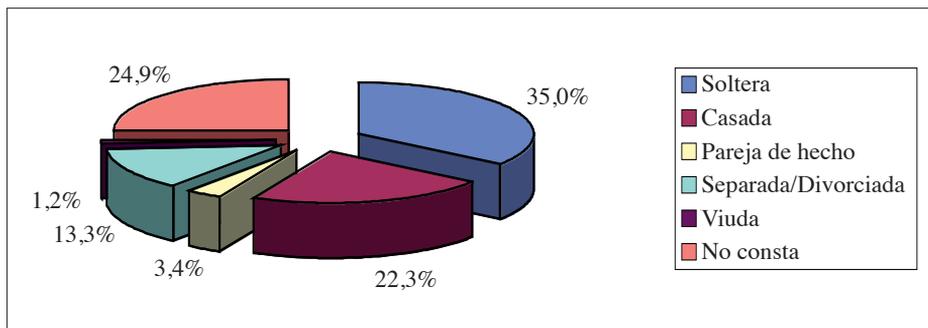
Por lo que se refiere al estado civil de las mujeres ingresadas, como plasman la tabla 4.3 y la gráfica 4.3, cabe señalar que las mujeres que mantienen una convivencia estable –casada (22,3%) o pareja de hecho (3,4%)– suponen casi el 26%.

TABLA 4.3
Estado civil de las mujeres ingresadas en la Comunidad Valenciana
en los centros especializados de servicios sociales

Estado civil/año	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Soltera	89	106	123	254	252	824	35,0
Casada	89	86	92	142	117	526	22,3
Pareja de hecho	13	4	41	21		79	3,4
Separada/divorciada	40	35	43	113	81	312	13,3
Viuda	4	8	2	6	8	28	1,2
No consta	138	192	230	25		585	24,9
Total	373	431	531	561	458	2.354	100
%	15,8	18,3	22,6	23,8	19,5	100	

GRÁFICA 4.3

Estado civil de las mujeres ingresadas en los centros especializados de servicios sociales de la Comunidad Valenciana

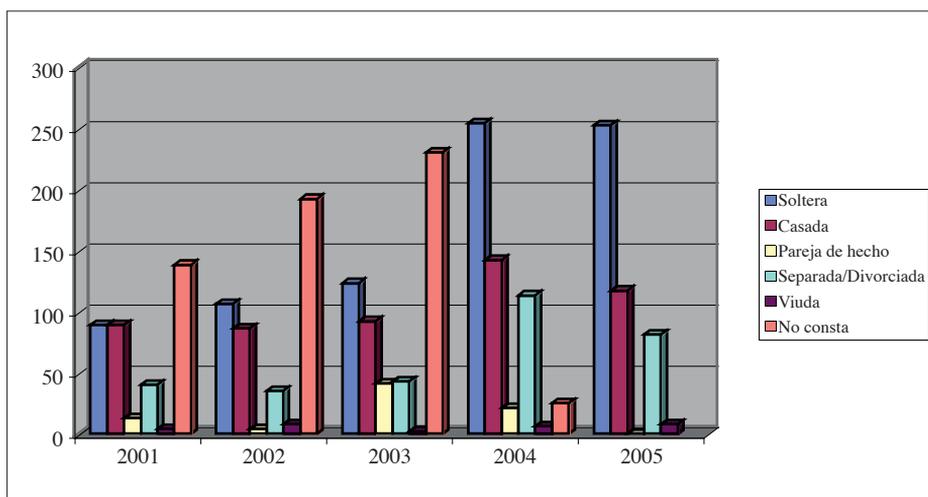


Un colectivo bastante numeroso mantiene el estado civil de soltera (35%) y 312 mujeres (13,3%) se encuentran en situación de separada o divorciada. Asimismo, en dicha gráfica se puede observar que un grupo pequeño son viudas (1,2%). Por último, casi la cuarta parte de este colectivo no ha dejado constancia de su estado civil.

La gráfica 4.4 plasma la evolución del estado civil de las mujeres ingresadas en el período analizado.

GRÁFICA 4.4

Estado civil, por años, de las mujeres ingresadas en centros especializados de servicios sociales de la Comunidad Valenciana



Llama la atención la evolución de las mujeres solteras ingresadas en los centros, que casi se triplica en el quinquenio. Lo mismo cabe decir de la categoría de mujeres que están separadas de hecho, en trámites o divorciadas legalmente.

En relación con el nivel de estudios de las mujeres que han ingresado en los centros, la tabla 4.4 refleja la situación.

TABLA 4.4

Nivel de estudios de las mujeres ingresadas en los centros especializados de servicios sociales

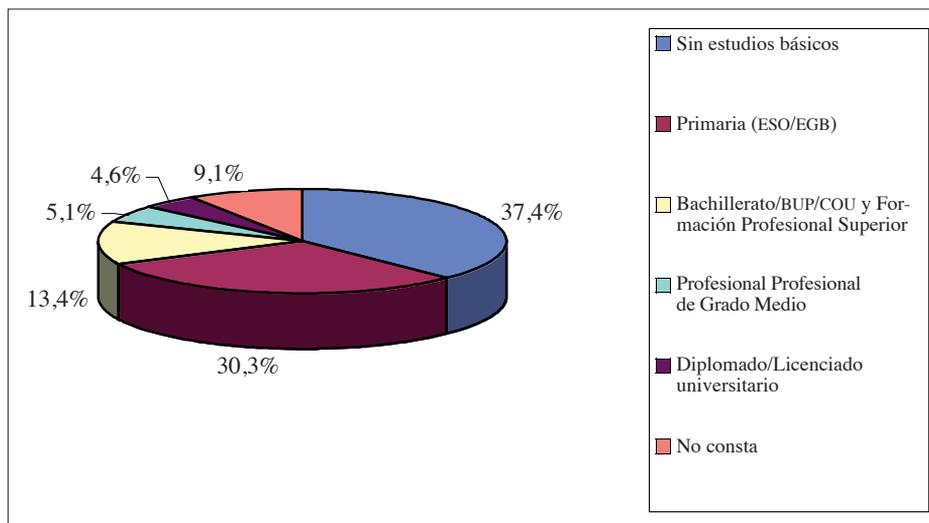
	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Sin estudios básicos	141	148	228	212	152	881	37,4
Primaria (ESO/EGB)	93	94	169	183	175	714	30,3
Bachillerato/BUP/COU y formación profesional superior ¹	52	42	58	82	81	315	13,4
Formación profesional de grado medio ²	28	22	31	17	22	120	5,1
Diplomado/licenciado universitario	24	18	29	20	18	109	4,6
No consta	35	107	16	47	10	215	9,1
Total	373	431	531	561	458	2354	100
%	15,8	18,3	22,6	23,8	19,5	100	

1. Ciclos formativos de Grado Superior.

2. Ciclos formativos de Grado Medio.

GRÁFICA 4.5

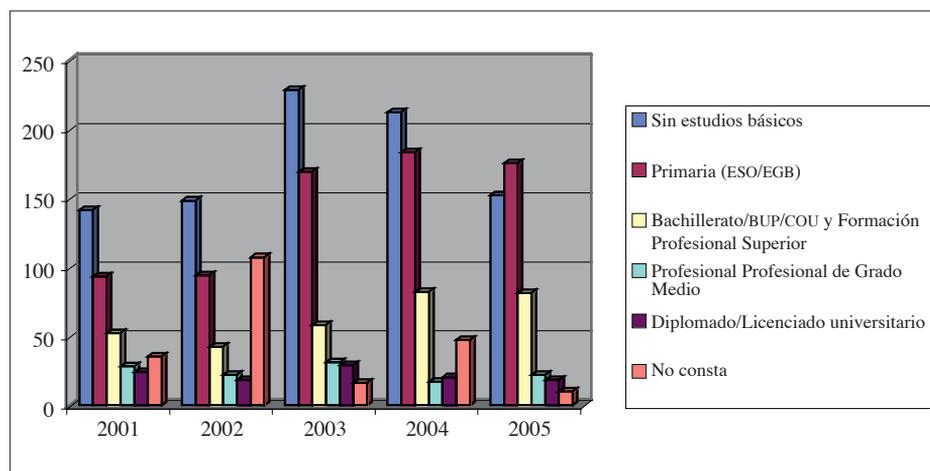
Nivel de estudios de las mujeres en los centros especializados de servicios sociales



Como puede observarse, el nivel cultural de las mujeres puede tener un peso crucial y ser un factor de riesgo que implica vulnerabilidad en este colectivo poblacional. Casi el 68% de las mujeres ingresadas no cuentan en su haber con la titulación de estudios básicos o solamente han obtenido el graduado en la enseñanza secundaria obligatoria (ESO) o en la antigua educación general básica (EGB), es decir, no pueden optar a un trabajo cualificado. Le sigue el nivel medio de bachillerato y de formación profesional superior, con 315 mujeres (13,4%), y la formación profesional de grado medio, con 120 mujeres (5,1%). Llama la atención la categoría de mujeres que cuentan con un título universitario de diplomada o licenciada y que sufren igualmente de malos tratos por parte de su pareja. A esta última categoría corresponden 109 mujeres, lo que supone casi el 5%.

La evolución de las mujeres ingresadas según los estudios obtenidos se refleja en la gráfica 4.6.

GRÁFICA 4.6
*Nivel de estudios, por años, de las mujeres ingresadas
en los centros de servicios sociales especializados*



En ella se constata que el ingreso de mujeres sin estudios experimenta una subida paulatina hasta el año 2003 y después de esta fecha baja lentamente. Semejante situación se produce entre las mujeres que se han quedado en los estudios primarios, aunque la subida se produce hasta el año 2004. Sin embargo, las mujeres que tienen un título universitario de diplomada o licenciada suben sustancialmente hasta el año 2003 y 2004, para bajar en el 2005. Por último,

se mantiene estable la categoría de mujeres con estudios medios (bachillerato o ciclos formativos).

Se pasa a continuación a analizar la situación laboral de dichas mujeres. La tabla 4.5 deja constancia de la situación laboral al inicio del ingreso en el centro y al final; en este sentido los datos se centran en el período 2002-2005, dado que con anterioridad no se recogía este factor. Además, los datos únicamente contemplan la situación de empleabilidad de las mujeres al inicio del ingreso y la situación de reinserción laboral al final del proceso. Por tanto, no se ha podido saber si al total de las mujeres empleadas al final del ingreso hay que añadir el número de empleadas al principio del mismo.

TABLA 4.5

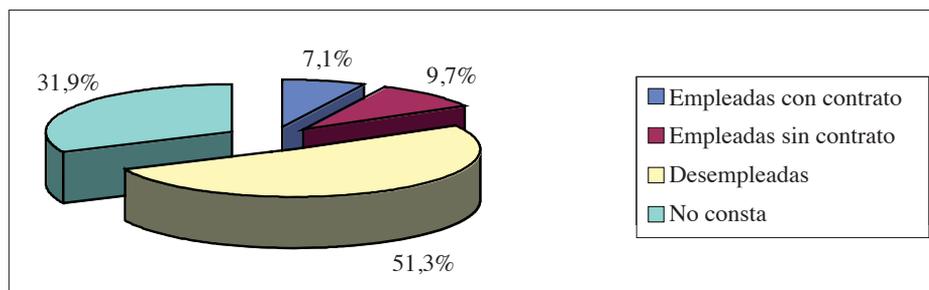
Situación laboral de las mujeres atendidas en los centros de servicios sociales especializados al inicio del ingreso y al final del mismo, según los datos disponibles

	Al inicio del ingreso				Al final del ingreso			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Empleadas	13	78	151	91	43	124	304	219
Desempleadas	60	234	369	357	30	188	216	229
Total	73	312	520	448	73	312	520	448
% de mujeres empleadas	17,9	25	40,9	25,5	58,9	39,7	58,5	48,9

En cualquier caso, con los datos disponibles, si nos atenemos al número de mujeres que se han reinsertado laboralmente y lo comparamos con el número de mujeres desempleadas al inicio del proceso, se puede observar que el grado de reinserción va desde casi el 60% en los años 2002 y 2004 al 50% aproximadamente del año 2005. En el año 2003 la cifra porcentual de la reinserción laboral de las mujeres ingresadas baja sustancialmente hasta alcanzar el 40%.

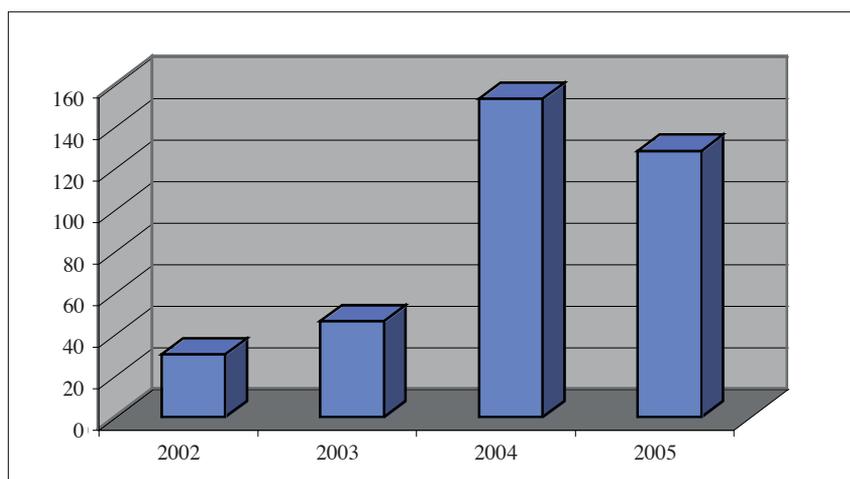
La gráfica 4.7 muestra el porcentaje de mujeres que mantiene un empleo estable, mediado por un contrato laboral, o más inestable, dado que no hay una relación contractual entre las dos partes –trabajador y contratante– en el momento del ingreso en el centro. Como puede verse, casi el 17% de éstas son empleadas con contrato o sin él (7,1 y 9,7% respectivamente). Frente a esta agrupación se encuentra el 51,3% de mujeres que no tienen trabajo.

GRÁFICA 4.7
Distribución de la población en función de la situación laboral



En relación con la evolución de las mujeres reinseridas laboralmente durante su estancia en los centros especializados de servicios sociales, llama la atención la subida brusca que se produce en el año 2004 al relacionarla con los dos años precedentes. Esta cifra baja ligeramente en el año 2005 si se compara con el año anterior, pero sigue siendo significativamente superior a la fase de reinserción en el período 2002-2003.

GRÁFICA 4.8
Número de mujeres, por años, reinseridas laboralmente durante su estancia en los centros especializados de servicios sociales

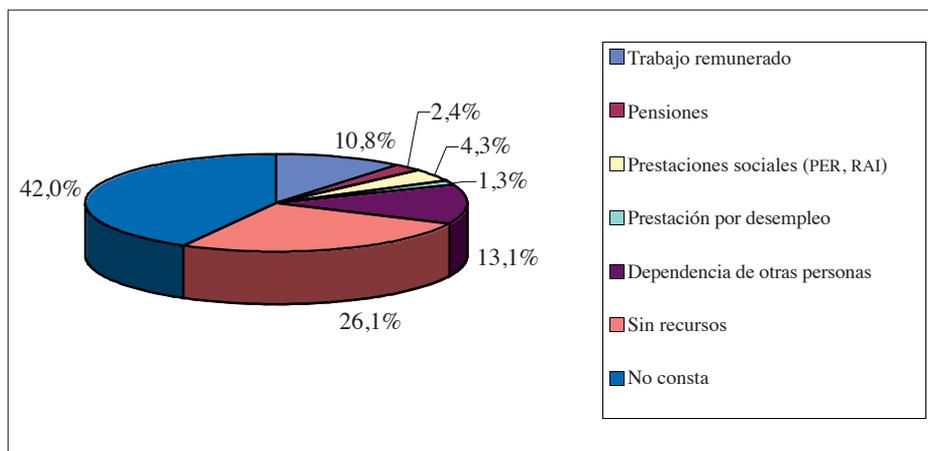


Este factor se relaciona directamente con los recursos económicos con los que cuenta este colectivo de mujeres, los cuales les pueden aportar una mayor o menor seguridad. La tabla 4.6 y la gráfica 4.9 plasman esta situación.

TABLA 4.6
*Recursos económicos de las mujeres ingresadas
 en los centros especializados de servicios sociales*

	2002	2003	2004	2005	Total	%
Trabajo remunerado	10	22	92	89	213	10,8
Pensiones	2	9	16	21	48	2,4
Prestaciones sociales (PER, RAI)	3	8	33	42	86	4,3
Prestación por desempleo	1	1	11	13	26	1,3
Dependencia de otras personas	42	36	97	84	259	13,1
Sin recursos	13	83	215	206	517	26,1
No consta	360	372	97	3	832	42,0
Total	431	531	561	458	1.981	100
%	21,8	26,8	28,3	23,1	100	

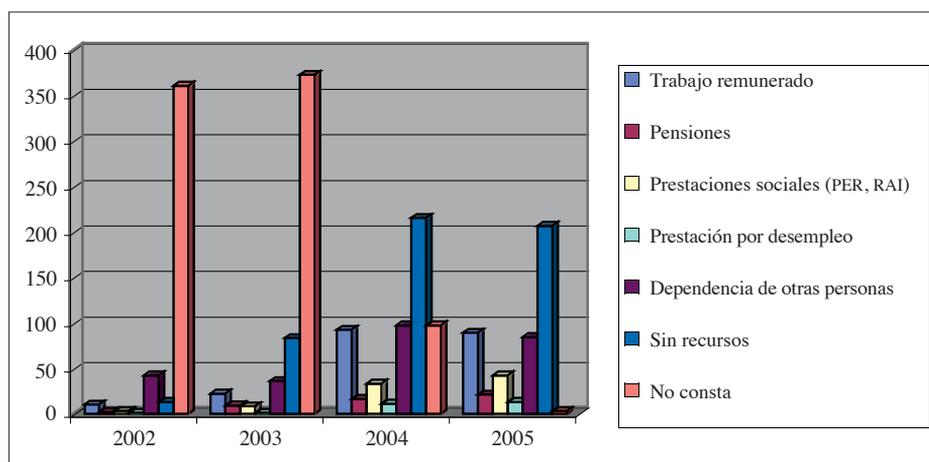
GRÁFICA 4.9
Distribución de la población en función de los recursos económicos



En la tabla 4.6 y la gráfica 4.9 puede observarse que aunque casi el 32% de las mujeres disponen de recursos económicos, sólo en el 10,8% la procedencia de estos recursos proviene de su propio trabajo remunerado. El restante 21% cuenta con recursos económicos procedentes de pensiones (2,4%), prestaciones sociales (4,3%), desempleo (1,3%) y dependencia de otras personas (13,1%). En el lado opuesto, aparece por encima del 26% el colectivo de mujeres que no tienen recursos económicos por ningún concepto.

Con los datos disponibles en la gráfica 4.10 se refleja la situación relacionada con la evolución de la población según los recursos económicos disponibles. Se observa que, en los años anteriores al 2003, apenas aparece este dato. A partir del 2004 el colectivo de mujeres sin recursos económicos que está ingresada en los centros de servicios sociales especializados es cada vez mayor. De hecho, en el bienio 2004-2005 casi se triplica. Igualmente, el índice de mujeres que tiene trabajo remunerado se triplica en este bienio si se compara con el bienio precedente.

GRÁFICA 4.10
Evolución de la población en función de los recursos económicos

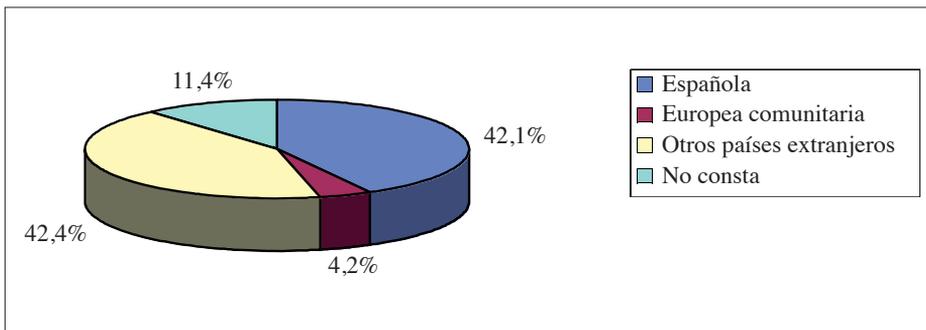


Por lo que se refiere al país de nacimiento de las mujeres ingresadas, a partir de los datos disponibles, la tabla 4.7 y la gráfica 4.11 informan sobre la evolución producida en el lustro analizado.

TABLA 4.7
Procedencia de las mujeres ingresadas en los centros de servicios sociales especializados

	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Española	175	173	211	237	195	991	42,1
Europa comunitaria		2	13	39	44	98	4,2
Otros países extranjeros	123	173	229	253	219	997	42,4
No consta	75	83	78	32		268	11,4
Total	373	431	531	561	458	2.354	100
%	15,8	18,3	22,6	23,8	19,5	100	

GRÁFICA 4.11
Distribución de las mujeres ingresadas en centros especializados de servicios sociales en función de su procedencia



Como puede observarse, un 42,1% de las mujeres ingresadas ha nacido en España. Frente a este porcentaje, casi el 50% de este colectivo procede de países extranjeros. Esta situación puede ser un reflejo de los cambios interculturales que está atravesando el Estado español debido a los movimientos migratorios que se están produciendo en los últimos años.

Del colectivo de mujeres extranjeras, por encima del 4% (4,2%) han nacido en países de la Unión Europea incluidos en la llamada Europa de los 15. Por su parte, casi el 43% proceden de otros países, bien europeos bien latinoamericanos o africanos.

En cuanto a la evolución de la población atendida, en la gráfica 4.12 se constata que el número de mujeres atendidas españolas mantiene índices constantes y similares durante el período 2002-2005. Por otro lado, la evolución de los países extranjeros experimenta una subida paulatina que se une con la misma situación de las mujeres que proceden de la Europa comunitaria (Europa de los 15).

En este sentido, en la tabla 4.8 se deja constancia de la procedencia de dichas mujeres de una forma más amplia. Así pues, puede verse que el porcentaje de mujeres procedentes de los países de la Europa del Este se sitúa inmediatamente después del porcentaje de mujeres españolas, con un 28%. A éste le sigue el porcentaje de los países latinoamericanos, que alcanza casi el 23%, y los países árabes, con el 17%. De los países africanos, por su parte, aunque el porcentaje no tiene demasiado peso, se puede resaltar que la presencia de mujeres procedentes del centro/sur de este continente es cada vez mayor; así, en el año 2004, por ejemplo, alcanza un total de 11 mujeres.

GRÁFICA 4.12

Distribución, por años, de la población atendida según procedencia

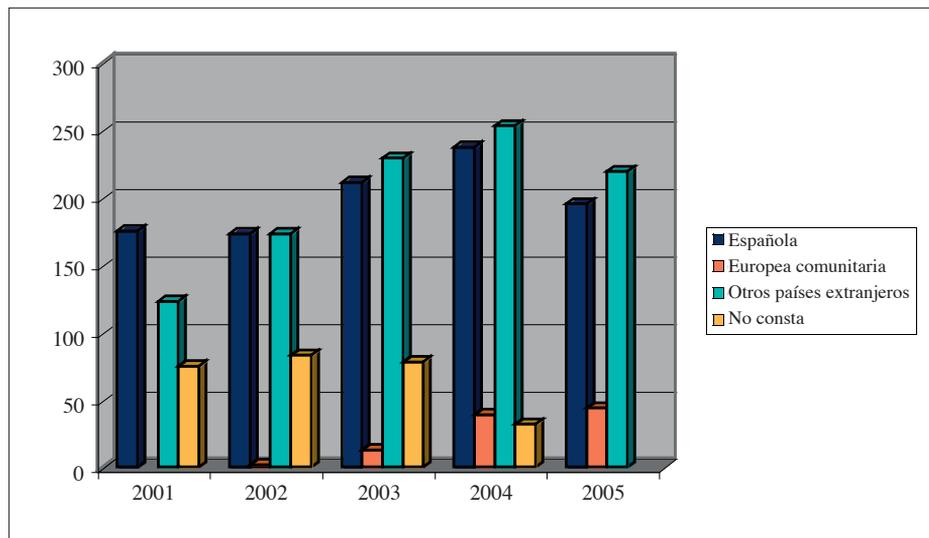
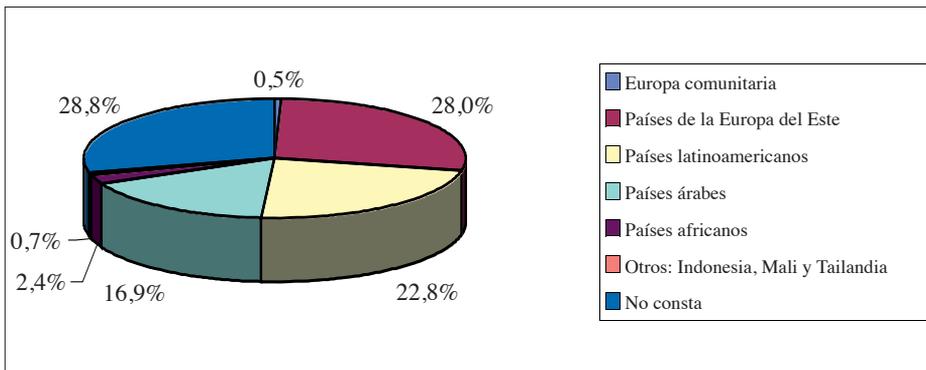


TABLA 4.8

Procedencia de las mujeres extranjeras (comunitarias y extranjeras)

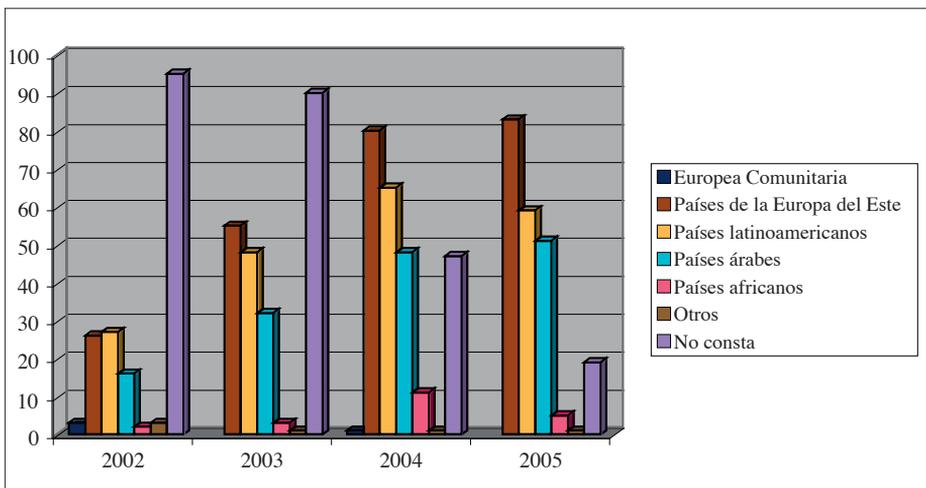
	2002	2003	2004	2005	Total	%
Europa comunitaria	3		1		4	0,5
Países de la Europa del Este	26	55	80	83	244	28,0
Países latinoamericanos	27	48	65	59	199	22,8
Países árabes	16	32	48	51	147	16,9
Países africanos	2	3	11	5	21	2,4
Otros: Indonesia, Mali y Tailandia	3	1	1	1	6	0,7
No consta	95	90	47	19	251	28,8
Totales	172	229	253	218	872	100
%	19,7	26,3	29,0	25,0	100	

GRÁFICA 4.13
*Procedencia de las mujeres extranjeras atendidas
 en los centros de servicios sociales especializados*



La evolución de este dato relacionado con el país de procedencia de las mujeres se refleja en la gráfica 4.14. En ella se observa que el peso de los Países del Este europeo mantiene una subida paulatina y constante en el período que se analiza. En este sentido, pasa de 26 mujeres atendidas en el año 2002 a 83 en el 2005. Este dato guarda relación, igualmente, con los movimientos migratorios de personas procedentes de esta zona europea hacia la Comunidad Valenciana.

GRÁFICA 4.14
Evolución de la población en función de la procedencia extranjera



Según fuentes del Instituto Nacional de Estadística (2005), la cantidad de extranjeros procedentes de países europeos no comunitarios se triplica en el período que va desde el año 2000 al 2004. En este sentido, de 45.794 personas registradas en el año 2000 se pasa en el año 2004 a 143.547 personas procedentes de los países del Este europeo. La misma situación se produce con las mujeres procedentes de los países árabes y latinoamericanos.

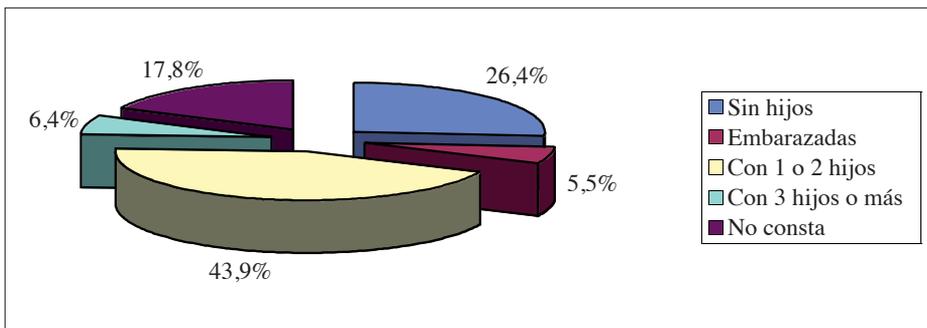
Finalmente, a las cifras anteriores, cabe añadir el colectivo de menores que permanecen ingresados con sus madres en los centros especializados de servicios sociales. Se constata un total de 1.314 menores atendidos en estos centros.

Como se observa en la tabla 4.9, según los datos disponibles, de las 2.354 mujeres ingresadas en los 5 años analizados (del 2001 al 2005), 1.314 (56%) se encontraban con sus hijos o en período de gestación. De este colectivo, 1.034 (43,9%) mujeres se encontraban con 1 ó 2 hijos, 150 con 3 o más hijos (6,4%) y 130 (5,5%) se hallaban en proceso de gestación. Estas últimas, en numerosas ocasiones, pueden permanecer en los centros hasta después del nacimiento del hijo o hija y durante el primer año de vida del/de la menor, aproximadamente.

TABLA 4.9
*Madres-hijos: número de menores que residen con sus madres
en los centros especializados de servicios sociales*

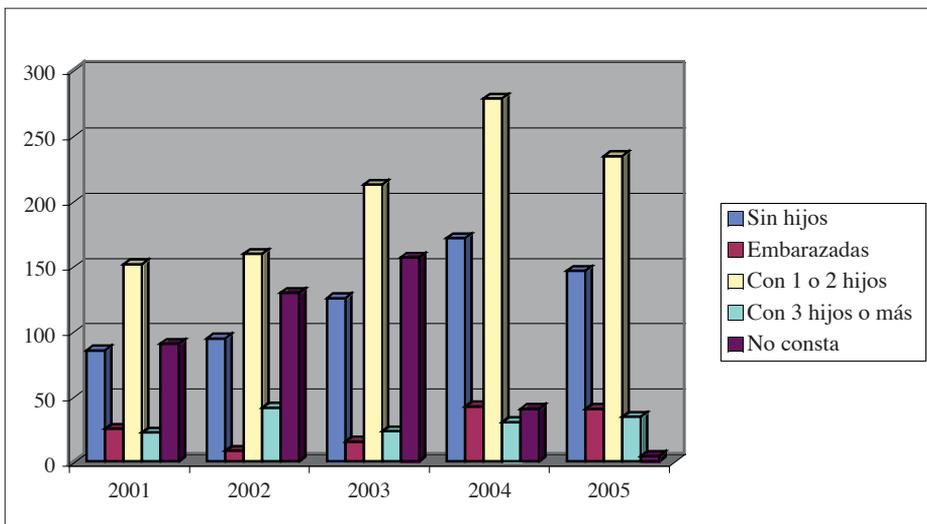
	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Sin hijos	85	94	125	171	146	621	26,4
Embarazadas	25	8	15	42	40	130	5,5
Con 1 o 2 hijos	151	159	212	278	234	1.034	43,9
Con 3 hijos o más	22	41	23	30	34	150	6,4
No consta	90	129	156	40	4	419	17,8
Total	373	431	531	561	458	2.354	100
%	15,8	18,3	22,6	23,8	19,4	100	

GRÁFICA 4.15
Madres-hijos: número de menores que residen con sus madres en los centros especializados de servicios sociales



Finalmente, en cuanto a la evolución de los menores ingresados en los centros, el grupo de uno o dos hijos por mujer ingresada en el centro experimenta una subida paulatina hasta el año 2004 y baja ligeramente en el 2005. El volumen de mujeres sin hijos se mantiene bastante constante durante el período, así como el grupo de mujeres que ingresa con 3 o más hijos. En cuanto a la cantidad de mujeres embarazadas ingresadas, se observa una subida paulatina hasta el año 2005, y baja sustancialmente en el 2002 (gráfica 4.16).

GRÁFICA 4.16
Número de menores, por años, que residen con sus madres en los centros especializados de servicios sociales



1. LA POBLACIÓN INMIGRANTE ATENDIDA EN LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS EN EL PERÍODO 2001-2005: ANÁLISIS ESPECÍFICO

Dentro del contexto general del análisis que se está realizando sobre el conjunto de la población atendida en los centros de servicios sociales especializados, conviene llevar a cabo un análisis específico sobre un segmento concreto de las mujeres atendidas, como es el caso de aquellas que, por provenir de otros países, tienen unas características específicas que pueden incrementar su vulnerabilidad ante una situación de malos tratos.

Así pues, y por lo que se refiere a la *población inmigrante* acogida en estos centros, la tabla 4.10 plasma la evolución experimentada en el lustro que se está estudiando. En este sentido, el volumen total de población atendida en los cinco años ha sido de 3.027 mujeres y sus hijos e hijas, en los casos en los que estaban acompañadas por ellos.

TABLA 4.10
Total de inmigrantes atendidos (mujeres y menores)
en los centros de servicios sociales especializados en el período 2001-2005

	Total						
	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Alicante	72	147	151	567	473	1.410	46,6
Castellón	26	50	78	142	105	401	13,2
Valencia	70	214	232	342	358	1.216	40,2
Total	168	411	461	1.051	936	3.027	100
%	5,6	13,6	15,2	34,7	30,9	100	

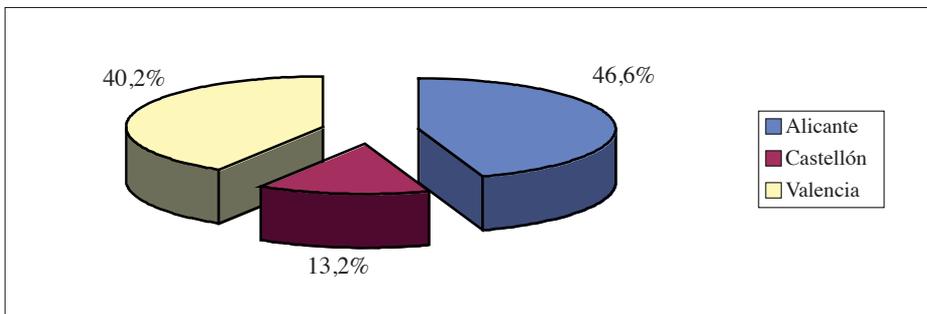
A partir de los datos reflejados en la tabla se puede ver que durante estos años se producen dos fuertes incrementos. Por un lado, el año 2002 experimenta una subida brusca si se relaciona con el año precedente (2001), puesto que de 168 casos atendidos se pasa a 411 en un año de diferencia, lo que supone un incremento aproximado del 60%. Por otro, el pico producido en el año 2004, que concentra casi el 35% de los casos atendidos durante todo el período. En este año 2004 ingresan 1.051 mujeres inmigrantes con sus hijos e hijas, lo que casi triplica a la población atendida el año anterior.

Prácticamente las dos terceras partes de las mujeres inmigrantes y sus hijos e hijas atendidos en los centros analizados lo fueron en el bienio 2004-2005, lo

que refleja tanto la mayor necesidad derivada de la tendencia migratoria producida en estos primeros años del siglo XXI, como también, y de forma paralela, la mayor capacidad asistencial de este período.

Si se atiende al dato según la distribución provincial, se observa que casi el 47% están ingresados en centros situados en la provincia de Alicante, más del 40% en centros de la provincia de Valencia y por encima del 13% en centros de Castellón (gráfica 4.17).

GRÁFICA 4.17
Total de inmigrantes atendidos por provincias en el período 2001-2005

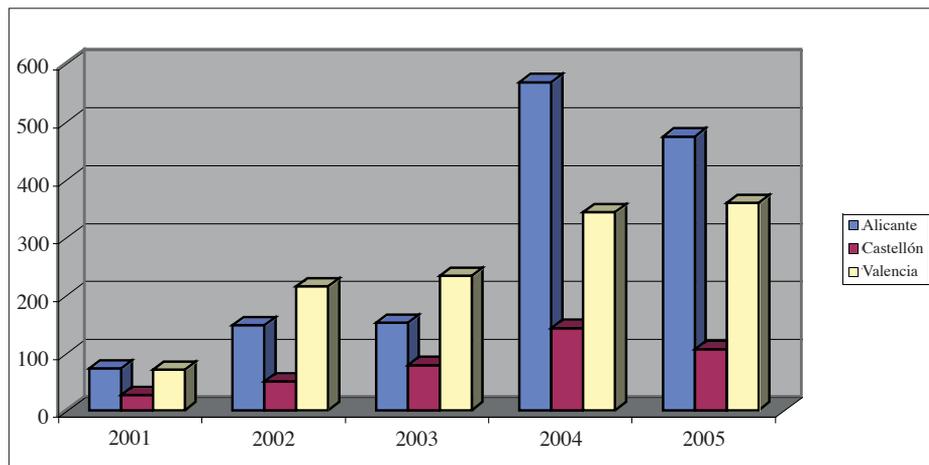


La gráfica 4.18 muestra la evolución experimentada en este lustro centrada en el colectivo de población inmigrante. Esta situación es un fiel reflejo de los movimientos migratorios que se están produciendo en la Comunidad Valenciana, con un incremento del 97% desde el año 1996. En ese momento, año 1996, había 16.686 inmigrantes registrados. De esta cifra se pasa en el año 2004 a 645.844 personas residentes, procedentes de países extranjeros y asentadas en la Comunidad Valenciana (INE, 2005).

En la gráfica 4.18 se ve, de forma esquemática, la situación mencionada anteriormente. Llama la atención la provincia de Alicante, que, en el año 2004, despunta hasta triplicarse. Por su parte, en la provincia de Valencia se produce un acentuado incremento a lo largo del período, aunque aparece una cierta estabilización en el bienio 2004-2005. En el caso de Castellón, se mantienen índices semejantes, que en un principio van subiendo, alcanzan su punto cumbre en el año 2004, y bajan en el 2005.

GRÁFICA 4.18

Evolución de la población inmigrante atendida en los centros especializados



En cuanto a las mujeres atendidas en este período, la tabla 4.11 refleja que el total de mujeres ha sido de 1.609, lo que supone una media de 322 mujeres/año. De ella se deriva que el mayor número de casos de mujeres atendidas se produjo en el año 2004, seguido del 2005 (528 y 489 respectivamente).

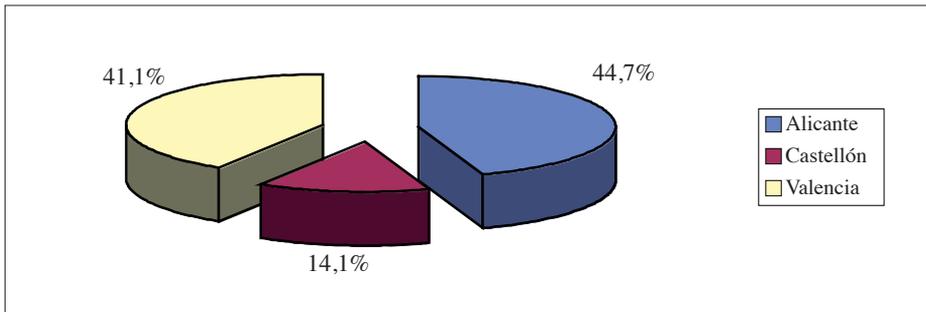
TABLA 4.11

Número total de mujeres inmigrantes atendidas en los centros especializados de la comunidad valenciana en el período 2001-2005

	Número de mujeres						
	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Alicante	40	74	90	271	245	720	44,7
Castellón	16	25	45	78	63	227	14,1
Valencia	40	128	134	179	181	662	41,1
Total	96	227	269	528	489	1.609	100
%	6,0	14,1	16,7	32,8	30,4	100	

Por otra parte y en cuanto a la distribución provincial, la situación es muy similar a la ya comentada para el total de las mujeres atendidas. Tal como aparece en la gráfica 4.19, el mayor porcentaje de mujeres inmigrantes ingresadas en el conjunto del período se dió en la provincia de Alicante (44,7%), seguido de Valencia (41,1%) y de Castellón (14,1%).

GRÁFICA 4.19
Número total de mujeres inmigrantes atendidas



Por lo que se refiere a los menores inmigrantes, el patrón de su evolución y distribución provincial resulta semejante al de sus madres, a quienes acompañan. Así, del total de los 1.418 menores, el 68,4% de éstos fueron atendidos en el bienio 2004-2005 (tabla 4.12).

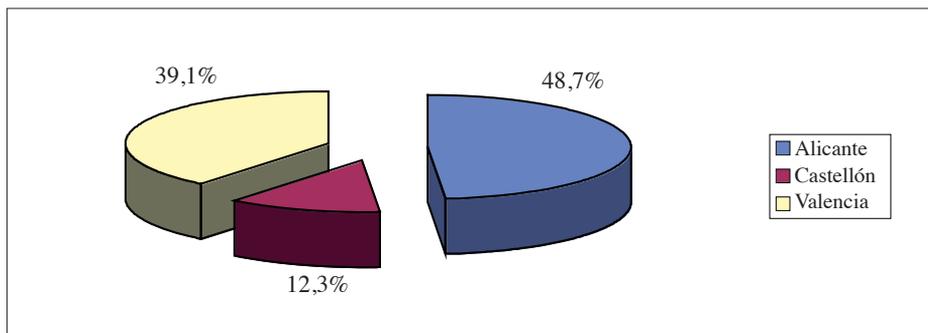
TABLA 4.12
Número de menores inmigrantes atendidos en los centros especializados

	Número de menores						
	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Alicante	32	73	61	296	228	690	48,7
Castellón	10	25	33	64	42	174	12,3
Valencia	30	86	98	163	177	554	39,1
Total	72	184	192	523	447	1.418	100
%	5,1	13,0	13,5	36,9	31,5	100	

La mayor parte de los menores (48,7%) corresponde a la provincia de Alicante, frente al 39,1% de Valencia, y el restante 12,3% de la provincia de Castellón.

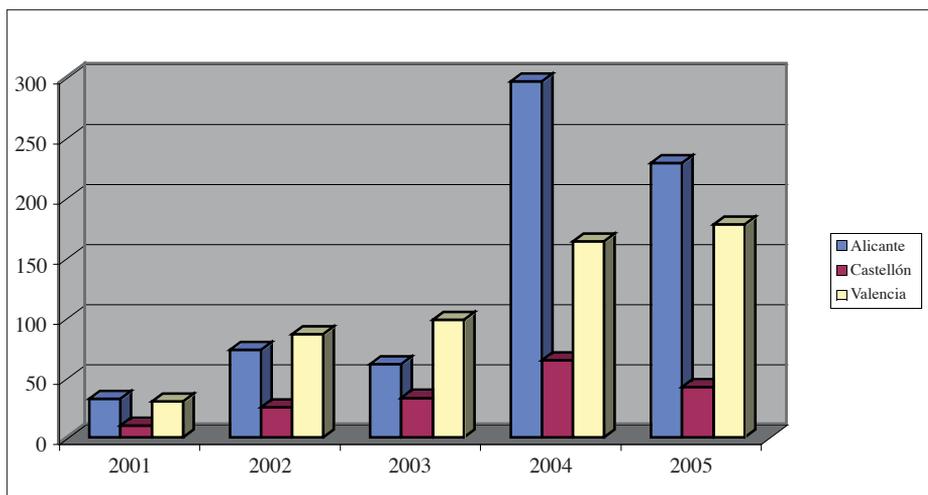
Al igual que ocurría con sus madres, se produce un salto cualitativo notable del año 2003 (192 menores) al año 2004 (523 menores).

GRÁFICA 4.20
Número total de menores inmigrantes atendidos



La gráfica 4.21 muestra de forma visual el brusco incremento producido en el año 2004, principalmente en la provincia de Alicante. Con todo, esta subida se produce también en la provincia de Valencia, aunque no llega a ser tan espectacular.

GRÁFICA 4.21
Evolución de la población de menores inmigrantes atendidos en los centros especializados en el período 2001-2005



A esta situación general cabe añadir que del colectivo de mujeres que ingresan con sus hijos e hijas, la mayoría lo hace con un menor. Con los datos registrados, se ha podido saber que 617 mujeres (38,3%) ingresan con un hijo o hija y 240 lo hacen con dos hijos o hijas (casi el 15%). A gran distancia se encuentra el porcentaje de mujeres que ingresan con tres o más hijos o hijas, con porcentajes poco significativos dado que apenas superan el 1%. En el lado opuesto, un alto porcentaje ingresa sin hijos (40,6%) (tabla 4.13).

TABLA 4.13
Número de hijos de las mujeres inmigrantes ingresadas en la Comunidad Valenciana en el período 2001-2005

	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Sin hijos/as	43	100	134	188	188	653	40,6
Con un hijo	40	88	88	206	195	617	38,3
Con dos hijos	9	25	38	93	75	240	14,9
Con tres hijos	2	10	8	34	26	80	5,0
Con cuatro hijos	2	4	1	6	2	15	0,9
Más de cuatro				1	3	4	0,2
Total	96	227	269	528	489	1.609	100

A continuación se pasa a analizar la situación regularizada y legal de las mujeres atendidas en los centros de la Comunidad Valenciana.

Si se atiende al estado de regularización de la situación de estas mujeres inmigrantes, llama la atención que un porcentaje bastante elevado se encuentra bien en situación de regularización legalmente (28,3%), bien en trámites de regularización de su situación personal (24,1%). Con todo, existe un alto porcentaje de mujeres que se encuentran no regularizadas (el 46%), lo que incrementa los índices de vulnerabilidad (tabla 4.14).

TABLA 4.14
Población total de inmigrantes atendidos y situación legal de los mismos

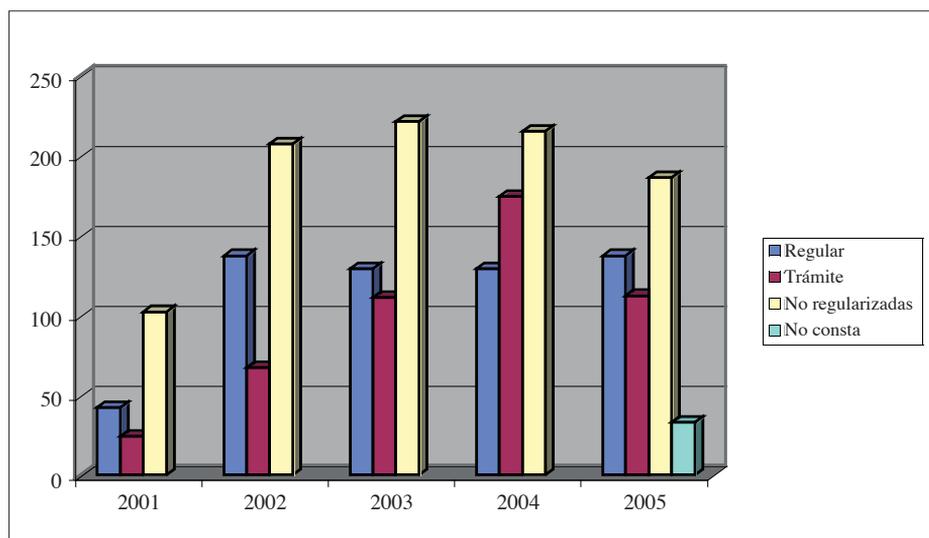
	Total						
	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Regular	42	137	129	129	137	574	28,3
Trámite	24	67	111	174	112	488	24,1
No regularizadas	102	207	221	215	186	931	46,0
No consta					33	33	1,6
Total	168	411	461	518*	468*	2.026	100

* Los datos del año 2004 y 2005 no incluyen a las mujeres y los menores españoles.

Sin embargo, como se contempla en la gráfica 4.22 la proporción de mujeres y sus hijos e hijas regularizados o en trámites va en aumento, aunque la cresta se produce hasta el año 2004 y baja ligeramente en el 2005. Lo mismo se produce en relación con la categoría de mujeres y sus hijos e hijas no regularizados. Las cifras son similares en el trienio 2002-2004 y bajan ligeramente en el 2005.

GRÁFICA 4.22

Evolución de la población de inmigrantes atendidos en el período 2001-2005, según su situación legal

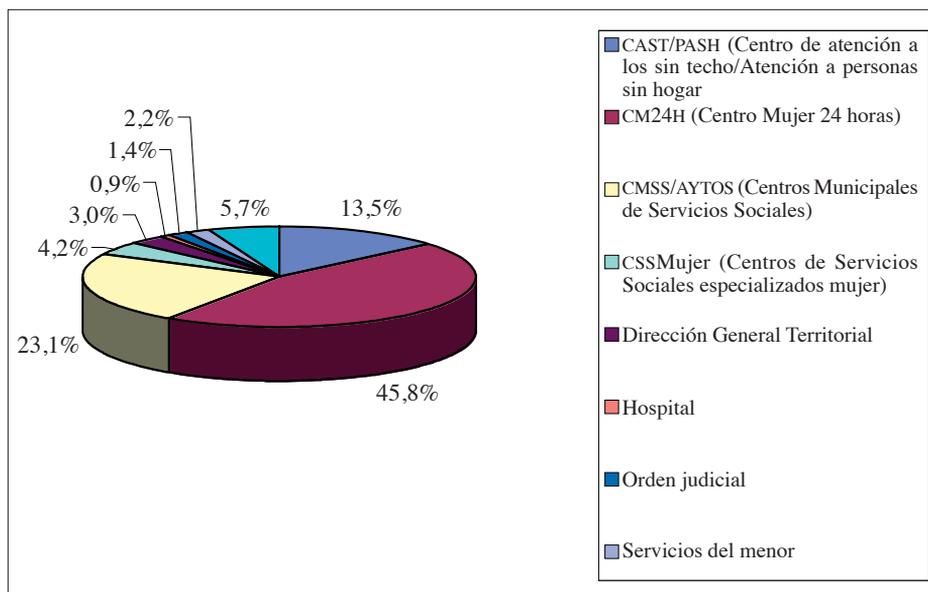


Por último, puede ser interesante conocer los centros remitentes del colectivo de mujeres que están acogidas en los servicios sociales especializados. La tabla 4.15 y la gráfica 4.23 muestran esta realidad. En ellas se observa que el mayor volumen procede de los tres *centros 24 horas* que hay en la Comunidad Valenciana (casi el 46%). Le sigue con el 23,1% el grupo de mujeres de son remitidas por los servicios sociales de base municipales y por los centros de atención a los sin techo o atención a personas sin hogar (13,5%). En menor proporción, por debajo del 5%, se encuentra el colectivo procedente de centros de servicios sociales mujer denominados *centros de emergencia* (4,2%); la Dirección Territorial (3%), Servicios del Menor (2,2%), orden judicial (1,4%) y finalmente los hospitales, con menos del 1%.

TABLA 4.15
Centro remitente de las mujeres atendidas en los centros de servicios sociales especializados de la Comunidad Valenciana

	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Centro de atención a los sin techo/Atención a personas sin hogar	20	55	46	16	14	151	13,5
Centros mujer 24 horas	14	55	123	161	158	511	45,8
Centros municipales de servicios sociales	15	65	64	67	47	258	23,1
Centros de servicios sociales especializados mujer	6	8	13	9	11	47	4,2
Dirección General Territorial	3	13	6	9	3	34	3,0
Hospital	2	1	2	3	2	10	0,9
Orden judicial	2	3	4	7		16	1,4
Servicios del Menor	1	6	7	6	5	25	2,2
No consta	33	21	4	2	4	64	5,7
Totales	96	227	269	280	244	1.116	100

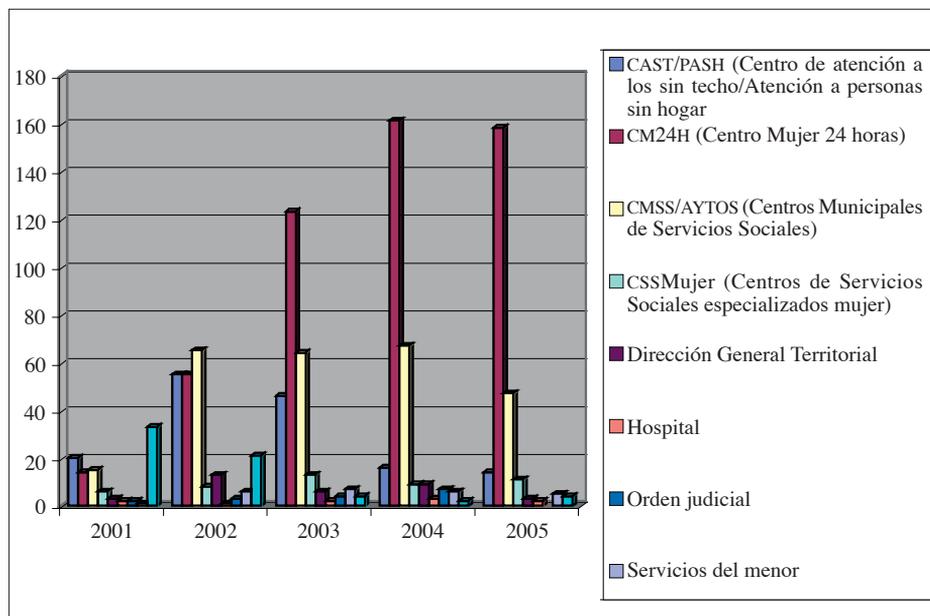
GRÁFICA 4.23
Porcentaje de mujeres atendidas en los centros especializados en función del centro remitente



En relación con la evolución producida respecto a la cantidad de casos que los diferentes centros han remitido a los servicios sociales especializados, cabe señalar que el Centro Mujer 24 horas experimenta una subida notable desde el año 2003, año en el que parece que comienza a conocerse entre la población la existencia de estos centros.

Por el contrario, estas variaciones porcentuales sufren unas bajadas paulatinas entre el colectivo de mujeres procedentes de los centros de atención a los sin techo o atención a personas sin hogar, donde prácticamente se reduce a la mitad, y se mantiene constante y de forma similar en caso de los restantes centros (gráfica 4.24).

GRÁFICA 4.24
Evolución de las mujeres atendidas según el centro remitente



TERCERA PARTE

V. PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOBRE MUJERES Y MENORES ATENDIDOS EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS PARA MUJERES: VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y/O CON PROBLEMAS DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

1. OBJETIVOS

Se trata de un proyecto dirigido a atender las necesidades psicosociales de las mujeres y los menores que están acogidos en los centros de servicios sociales especializados para mujeres víctimas de violencia doméstica y/o con problemas de exclusión social, con el objetivo de mejorar su calidad de vida en la dimensión física, psicológica y social.

El proyecto consta de dos partes. Una primera dirigida a las mujeres y sus hijos e hijas y una segunda a los menores. Cada una de ellas consta de dos fases: evaluación de la población afectada –mujeres y menores– e intervención.

El diseño de la investigación pretende los siguientes objetivos:

1. Conocer la evolución de la problemática en la Comunidad Valenciana en los últimos años, variables relacionadas, causas, perfil, prevalencia del maltrato.

2. Conocer la realidad psicosocial de la población afectada (mujeres y sus hijos) a partir de la experiencia de los profesionales y de la evaluación psicológica de las mujeres y sus hijos acogidos en los centros de la Comunidad Valenciana. Se trata de:

- Establecer un perfil psicosocial de las mujeres que han sufrido maltrato.

- Establecer un perfil psicosocial de sus hijos e hijas.
- Detectar los factores de riesgo que permitan una prevención secundaria.
- Constatar las necesidades psicológicas y de formación de la población evaluada para intervenir sobre ellas.

3. Diseñar un programa de intervención en la población afectada (mujeres y menores) a partir de un protocolo de intervención y tratamiento a través de los profesionales de los centros.

- Estimular la formación dirigida a los profesionales mediante un curso teórico-práctico de especialización.

La consecución de estos objetivos se estructura en dos fases:

FASE 1

1. *Primera parte: evaluación de las mujeres afectadas para:*

- Establecer un perfil psicosocial de las mujeres que han sufrido maltrato.
- Detectar los factores de riesgo que permitan una prevención secundaria.
- Constatar las necesidades psicológicas y de formación de las mujeres para intervenir sobre dichas necesidades (intervención ad hoc).

2. *Segunda parte: evaluación de los menores que han vivido la situación de violencia para:*

- Establecer un perfil psicosocial de los menores que han vivido situaciones de maltrato.
- Detectar los factores de riesgo que permitan una prevención secundaria.
- Constatar las necesidades psicológicas y de formación de los menores que viven esta situación para intervenir sobre ellas.

FASE 2

3. *Diseño del programa de intervención en la población afectada a través de la formación teórico-práctica de los profesionales:*

- a. Curso teórico-práctico de formación dirigida a los profesionales con una doble finalidad: de una parte, informar sobre los principales resultados de la fase de evaluación de la población afectada, mujeres y menores, de otra, establecer las bases para el programa de interven-

ción, contemplando la realidad de la madre, del hijo y de las relaciones establecidas entre ambos.

- b. Aplicación del modelo de intervención. Seguimiento del programa a través de los profesionales.
- c. Estudio de casos
- d. Seguimiento del colectivo de mujeres maltratadas y de los menores.

2. FASE 1. PRIMERA PARTE: EVALUACIÓN DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y/O CON PROBLEMAS DE EXCLUSIÓN SOCIAL

2.1 *Método*

Participantes

La muestra está integrada por un total de 117 mujeres de la Comunidad Valencia, de las que 81 son víctimas de violencia de género y 36 son mujeres con problemas de exclusión social.

Diseño

La evaluación se ajusta a un diseño descriptivo realizado en un único momento, es decir, se llevó a cabo una evaluación transversal tanto de las características sociodemográficas de las mujeres maltratadas y de exclusión social, como de las circunstancias de maltrato sufridas (en el caso de las mujeres maltratadas), así como las alteraciones psicopatológicas presentes en todas las mujeres de la muestra evaluada.

El diseño del estudio incluye la medida de un conjunto de constructos psicológicos: ansiedad, depresión, salud general, trastorno por estrés postraumático, asertividad, estrategias de afrontamiento, estilos de crianza, autoestima, todos ellos evaluados mediante pruebas psicométricas estandarizadas referidas. Además, a través de una entrevista semiestructurada se registran las características sociodemográficas, de historia de maltrato y las variables de apoyo familiar o social que pueden influir en las consecuencias de las experiencias sufridas.

Los análisis estadísticos utilizados se han centrado principalmente en técnicas de análisis univariado de la varianza mediante diseños entre sujetos con el objetivo de comprobar las posibles diferencias de medias planteadas en las hipótesis de investigación. Las variables dependientes del estudio son las pun-

tuaciones obtenidas en los instrumentos psicométricos y las variables independientes seleccionadas están relacionadas con características de las mujeres que componen la muestra, tanto personales (edad, país de nacimiento, creencias religiosas) como propias, o características de la situación de maltrato vivida (duración del maltrato, convivencia con el agresor, tipo de convivencia, apego y preocupación por el excompañero, etc.). Dado que el tamaño de los grupos de comparación no es el mismo, con lo que afecta a la validez del estadístico F del ANOVA, se ha comprobado la vulnerabilidad de la hipótesis de homocedasticidad, es decir, que las varianzas son iguales en todos los grupos, con el test de Levene. La diferencia mínima significativa entre medias se calcula por la prueba HSD de Tukey, si se puede mantener el supuesto de homocedasticidad, y la prueba T2 de Tamhane, si dicho supuesto no se cumple.

Instrumentos

1) *Entrevista semiestructurada sobre datos sociodemográficos y sobre la historia y el tipo de maltrato*. Esta entrevista recoge, por un lado, variables relacionadas con la mujer en cuanto a edad, nivel de estudios, país de nacimiento, datos económicos, cobertura sanitaria, etc. Por otro, recoge variables relacionadas con el carácter de las agresiones, incluyendo datos sobre el tipo de maltrato, la duración del mismo, el tipo de convivencia con el agresor, las relaciones con la familia extensa y con los amigos. Finalmente, recoge una serie de variables relacionadas con el agresor (edad, país de nacimiento, antecedentes, problemática general, etc.).

2) *Cuestionario de Salud General (GHQ-12), de Goldberg (1972, 1978)*. Es un cuestionario para evaluar la salud autopercebida, o sea, la evaluación que hace el individuo de su estado de *bienestar general*, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Consta de 12 ítems. Se responden en una escala de cuatro alternativas de respuesta (de 1 a 4). La puntuación máxima que se puede obtener es de 36 y la mínima de cero puntos. Las puntuaciones altas indican una mayor valoración de la salud o el bienestar general.

3) *Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual (REV) (Soler, Barreto y González, 2005)*. Instrumento heteroaplicado de *screening* y de medida de depresión, ansiedad, ajuste psicosocial y humor irritable en mujeres víctimas de violencia doméstica por las personas con las que tienen o han tenido un vínculo de pareja y en mujeres con historia de abusos o agresión sexual. Como instrumento de *screening*, su estructura permite identificar

objetivamente la intensidad de la respuesta emocional, en la primera entrevista, por la ventaja de su brevedad y fácil aplicación. Como instrumento de medida, proporciona información de las áreas emocionales que inciden en el bienestar de estas mujeres. El rango de puntuaciones en cada una de las subescalas es el siguiente: escalas de depresión y de ansiedad: de 0 a 21; escalas de ajuste psicosocial y de humor irritable: de 0 a 12.

4) *Escala de apego de Kitson (EAK) (Kitson, 1982) y de preocupación por el excompañero de Masheter (EPE) (Masheter, 1997)*. La escala de apego de Kitson fue creada por este autor en 1982 para evaluar el apego que se experimenta hacia el anterior esposo o esposa después de la separación matrimonial. Como este tipo de apego está ligado conceptualmente al duelo por la muerte del esposo o la esposa, Kitson desarrolló una serie de ítems partiendo del modelo de duelo propuesto por Parkes (1972). La escala consta de nueve ítems tipo likert con cinco alternativas de respuesta, y abarca las siguientes manifestaciones de apego continuado hacia el exesposo o exesposa: negación, incredulidad, anhelo o preocupación por el exesposo, culpa, enfado, pérdida de patrones normales de conducta y apatía. Una puntuación alta indica un nivel de apego alto. La escala de preocupación por el exesposo/a de Masheter (1997) enfatiza uno de los principales componentes del apego presentes en la escala de Kitson, los «pensamientos recurrentes», e incluye otro componente nuevo, «echar de menos». Asimismo, nos permite una comparación entre las dos medidas de apego para evaluar su validez convergente. La escala consta de 8 ítems tipo likert con cinco alternativas de respuesta que indican sensación de añoranza, preocupación y pensamientos obsesivos sobre el exesposo/a o el matrimonio. Una mayor puntuación indica un nivel mayor de apego.

5) *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)*. El cuestionario comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). La escala E consta de 20 frases, con las que el sujeto puede describir cómo se siente «en un momento particular», mientras que la escala R, también con 20 frases, puede mostrar cómo se siente el sujeto «generalmente». Las puntuaciones A/E y A/R pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos.

6) *Inventario de la tríada cognitiva (ITC) (Beckham, Leber, Watkins, Boyer y Cook, 1986)*. Este cuestionario se desarrolló para medir las cogniciones negativas que tienen las personas deprimidas sobre sí mismas, el mundo o el futuro, y que son conocidas como tríada cognitiva según la teoría de Beck. El objetivo

concreto de este cuestionario según los autores es, por una parte, estudiar las cogniciones del paciente en una única sesión de tratamiento dirigida a cambiar las cogniciones negativas y, por otra, evaluar los patrones de cambio en la tríada cognitiva a medida que va cambiando el estado de ánimo depresivo. Este instrumento es útil en el estudio del papel que desempeña la tríada cognitiva en la etiología y el tratamiento de la depresión. Permite una evaluación fiable de los cambios que se producen en las cogniciones con el transcurso del tiempo, tanto semana a semana, día a día e incluso durante una sola sesión.

7) *Adaptación del Parent-child Relationship Inventory (PCRI-M) de Gerard (1994)*. Evalúa las dimensiones implicadas en la crianza del hijo/a. La *escala de apoyo*: mide el nivel de apoyo social y emocional que la madre está recibiendo. *Escala de satisfacción con la crianza*: aporta la cantidad de placer y satisfacción que se percibe por ser madre. *Escala de compromiso*: valora el grado de interacción y el conocimiento que la madre tiene del hijo. *Escala de comunicación*: se centra en la percepción de la madre acerca de la efectividad de la comunicación con su hijo. *Escala de disciplina*: examina la experiencia de la madre sobre la disciplina que logra plantear a su hijo, basada en criterios firmes. *Autonomía*: mide la habilidad de la madre para estimular la independencia del hijo. *Distribución de rol*: evalúa las actitudes de las madres acerca del papel que desempeña el género en la crianza. *Escala de deseabilidad social*: valora la tendencia de los sujetos a responder de forma distorsionada (prevalece más el ideal de convivencia y el deseo de que todo sea bueno que lo que ocurre en realidad).

8) *Escala de autoestima (EAE) (Rosenberg, 1965)*. Este cuestionario evalúa el nivel de autoaceptación y autoconcepto, es decir, el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Consta de diez ítems (rango: 10-40 puntos). La mitad de los ítems están planteados de forma afirmativa y la otra mitad de forma negativa con el objetivo de controlar la aquiescencia. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el grado de autoestima. El punto de corte en la población adulta, según el estudio de Ward (1977), es de 29.

9) *Inventario de depresión (Beck) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)*. Fue desarrollado en un primer momento como un instrumento heteroaplicado de 21 ítems que evaluaba la intensidad del síndrome depresivo. Posteriormente, los autores realizaron una versión paralela, en forma autoaplicada, transformando cada ítem en 4 a 6 frases autoevaluativas graduadas en orden creciente de intensidad. El *inventario de depresión* ha sido concebido para la detección y cuantificación del síndrome depresivo en adultos. El rango de puntuación obtenido es de 0 a 63. Los puntos de corte que se proponen para graduar el síndrome depresivo

son los siguientes (Beck *et al.*, 1988): normales: 0 a 9; depresión leve: 10 a 18; depresión moderada: 19 a 29; depresión grave: 30 a 63.

10) *Adaptación de la escala de afrontamiento (ICS, Frydenberg y Lewis, 1990; Adaptación española: Pereña y Seisdedos, 1997)*. Evalúa cómo el sujeto afronta sus problemas en general. Concretamente, se diferencian una serie de estrategias de afrontamiento que pueden agruparse en tres estilos básicos de afrontamiento: dirigido a la resolución del problema, afrontamiento en relación con los demás y afrontamiento improductivo. Es un cuestionario que no requiere aptitudes avanzadas de comprensión lectora para poder cumplimentarlo.

11) *Escala de trauma de Davidson (DTS) (Davidson, Book, Colket, Tupler, Roth, David *et al.*, 1997)*. Es un instrumento psicométrico que está constituido por 17 ítems que se corresponden y evalúan cada uno de los 17 síntomas pertenecientes a los criterios B, C y D, recogidos del DSM IV para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. Esta escala evalúa la gravedad y la frecuencia de los síntomas del trastorno en individuos que han experimentado un trauma. Se trata de una escala de autoinforme, en la que el sujeto debe puntuar dos aspectos de cada ítem: la frecuencia y la gravedad, utilizando una escala Likert de 5 puntos (de 0, nunca o gravedad nula, a 4, a diario o gravedad extrema).

12) *Inventario de asertividad de Rathus (Rathus Assertiveness Schedule, RAS) (Rathus, 1973)*. Fue desarrollado por este autor como un instrumento autoaplicado para medir el cambio conductual en los programas de entrenamiento en asertividad. Consta de 30 ítems. El sujeto debe indicar hasta qué punto las frases son descriptivas o características de él mismo. Los análisis estadísticos iniciales realizados por Rathus (1973) acerca de la fiabilidad del inventario muestran una fiabilidad test-retest moderada-alta, después de un intervalo de 8 semanas, en un grupo de 68 sujetos: $r = 0,7782$ ($p < 0,01$). La consistencia interna del instrumento analizada a través del método de las dos mitades (correlación entre puntuaciones pares e impares) fue de $0,7723$ ($p < 0,01$; $n = 67$), lo que indica una homogeneidad moderado-alta. La validez del instrumento fue establecida mediante la correlación entre las puntuaciones en el RAS de un grupo de 47 sujetos y las puntuaciones de esos mismos sujetos en una prueba en la que dos evaluadores independientes indicaban hasta qué punto eran adecuadas las respuestas de los sujetos ante preguntas de situaciones en las que habría que desarrollar una conducta asertiva. La correlación obtenida fue de $0,7049$ ($p < 0,01$), lo que refleja una validez alta en términos de las impresiones obtenidas por evaluadores independientes. Los datos acerca de este cuestionario muestran que se trata de un instrumento que permite medir de manera fiable y válida la conducta asertiva o la desenvoltura social.

Procedimiento

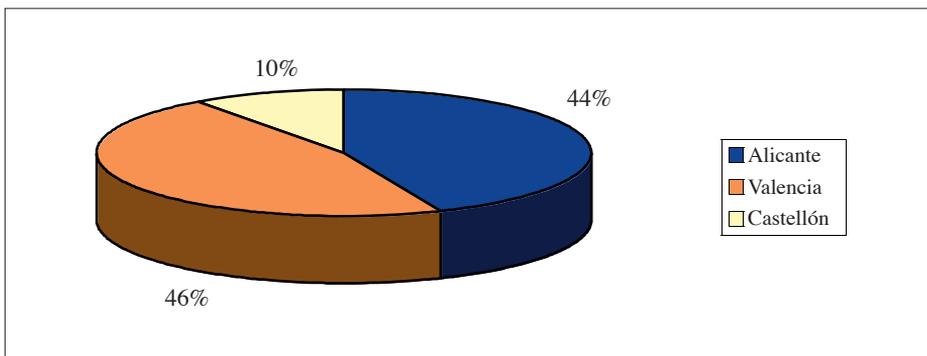
La evaluación de las mujeres de la muestra se realizó en todos los centros de la Comunidad Valenciana. Las mujeres fueron entrevistadas en una o en dos sesiones (según los casos) por psicólogas formadas al respecto (mujeres, para garantizar de este modo una mayor empatía a la hora de exponer y describir datos relacionados con las agresiones y con el agresor). Las entrevistas eran anónimas para garantizar la confidencialidad de la información y crear un clima de confianza.

En la tabla 5.1 y la gráfica 5.1 aparece la distribución por provincias de los centros en los que se realizó la evaluación de las mujeres.

TABLA 5.1
Distribución por provincias de los centros que colaboran en el estudio

Centro (provincias)	Mujeres evaluadas	%
Valencia	55	47
Alicante	51	43,59
Castellón	11	9,41
Total	117	100

GRÁFICA 5.1
Distribución por provincias de los centros



2.2 Resultados

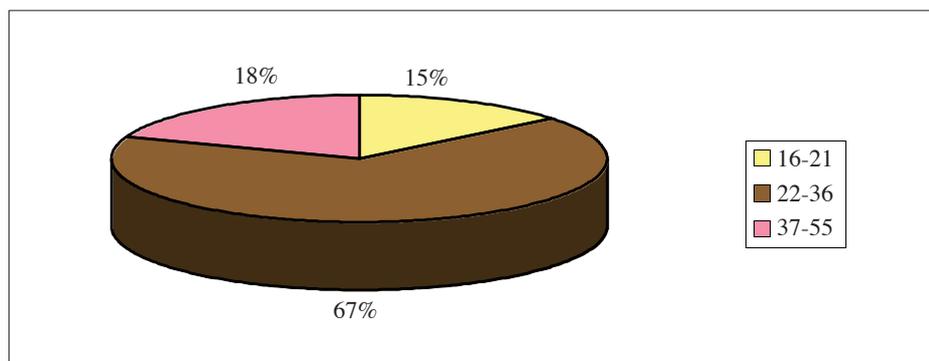
Se presentan a continuación y en primer lugar los datos descriptivos socio-demográficos de la muestra total de mujeres evaluadas (experiencias de maltrato y riesgo de exclusión social). En segundo lugar, se presentan los resultados re-

lacionados con la submuestra de mujeres víctimas de maltrato. En tercer lugar, se describen las puntuaciones obtenidas por la muestra total en los diferentes cuestionarios que recogen las alteraciones psicopatológicas de esta población. En cuarto lugar, se presentan las relaciones entre algunas de las variables más relevantes de maltrato y dichas alteraciones. En quinto lugar, se presentan los resultados de la evaluación del centro y de sus servicios por parte de las mujeres evaluadas. A continuación, se describen cada uno de estos apartados.

a) Variables sociodemográficas de la muestra total de mujeres evaluadas

La muestra de mujeres evaluada (N = 117) tiene una media de edad de 29,44 años, con un rango de edad que oscila desde los 16 a los 58 años. La distribución por grupos de edades se muestra en la gráfica 5.2.

GRÁFICA 5.2
Distribución de la muestra en función de la edad



Según muestra la gráfica 5.2 la edad más representada se sitúa entre los 22 y los 36 años.

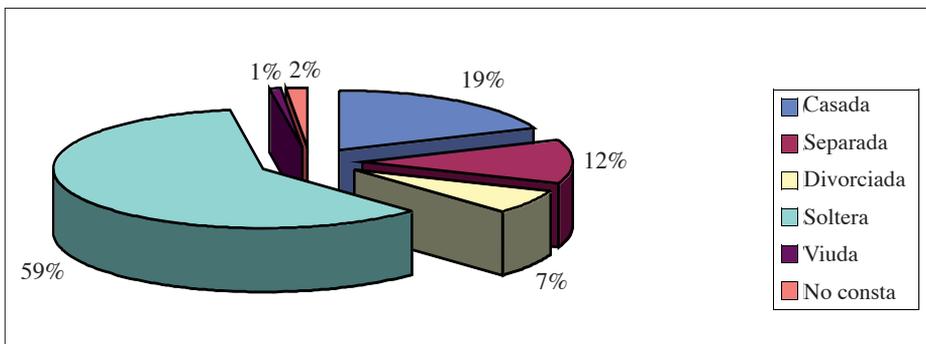
En relación con el nivel de estudios de las mujeres evaluadas, se constata que más del 50% de éstas tienen estudios primarios, un 25% tienen el título de bachiller o equivalente y casi un 11% de la muestra total han cursado estudios superiores (ver tabla 5.2).

TABLA 5.2
Nivel de estudios

	Frecuencia	Porcentaje
Primarios (graduado)	34	29,1
Bachiller o equivalente	30	25,6
Primarios (certificado)	26	22,2
Sin estudios	15	12,8
Superiores	12	10,3
Total	117	100

La mayoría de las mujeres acogidas en los centros de servicios sociales especializados de la Comunidad Valenciana son solteras (59%), y en un porcentaje significativamente inferior están casadas (19%).

GRÁFICA 5.3
Estado civil



Tal como muestra la tabla 5.3, casi un 55% de las mujeres tienen un hijo con ellas en el centro. A este porcentaje se une casi el 15% de mujeres que conviven con 2 o más hijos en dicho centro. Este porcentaje duplica el de las mujeres que no tienen ningún hijo con ellas.

TABLA 5.3
Número de hijos en el centro

	Mujeres	Porcentaje
Sin hijos	36	30,8
Un hijo	64	54,7
Dos hijos	10	8,6
Tres hijos	3	2,6
Cuatro hijos	2	1,7
Cinco hijos	1	0,8
Seis hijos	1	0,8
Total	117	100

Por otra parte, hay que añadir 43 mujeres que tienen hijos, aunque no estén con ellas en los centros. De éstas, 20 los han tenido con parejas diferentes.

Únicamente en 8 casos existen medidas cautelares referentes a las visitas de los padres.

La mayoría de las mujeres (82,1%) convivían con sus parejas y sus hijos (71,6%) antes del ingreso en el centro. En 37 casos (43%), convivían además con otras personas en el hogar (otros familiares, amigos, etc.).

Si atendemos al país de procedencia de las mujeres evaluadas, se observa que sólo en torno al 40% son españolas. Más de un 20% proceden de países del Este. Sigue América Latina con un 17,1%. Un 11% vienen de países árabes y, finalmente, menos del 7% son de algún país de África subsahariana (ver tabla 5.4).

El país de procedencia marca también unas diferencias en las creencias religiosas de la población evaluada.

La tabla 5.5 muestra un predominio de la religión católica, seguida de la musulmana y la ortodoxa. Cabe señalar el alto porcentaje (35,1%) de mujeres que no contestan a esta pregunta.

Los ingresos medios mensuales del colectivo que trabaja están en torno a 500 € (mínimo = 80 €; máximo = 1.000 €).

Tal como se observa en la tabla 5.7, cuando se les pregunta por las ayudas que reciben, en torno a un 40% de las mujeres manifiestan recibir algún tipo de ayuda, la mayoría subsidio por desempleo, seguidas de prestaciones sociales donde se incluyen PER y pensiones no contributivas, mientras que más de un 60% no contestan a este ítem.

TABLA 5.4
País de nacimiento

		Frecuencia	Porcentaje
Europa	España	47	40,3
	Francia	3	2,6
	Alemania	1	0,8
	Portugal	1	0,8
	<i>Total</i>	52	44,5
Países del Este	Rumania	15	12,9
	Rusia	3	2,6
	Bulgaria	3	2,6
	Eslovaquia	2	1,7
	Lituania	1	0,8
	Polonia	1	0,8
	<i>Total</i>	25	21,4
Países árabes	Marruecos	10	8,7
	Siria	1	0,8
	Sahara	1	0,8
	Argelia	1	0,8
	<i>Total</i>	13	11,1
África subsahariana	Nigeria	2	1,8
	Guinea	2	1,8
	Camerún	1	0,9
	Ghana	1	0,9
	Santo Tomé	1	0,9
	<i>Total</i>	7	6,0
América Latina	Bolivia	8	6,9
	Ecuador	5	4,3
	Perú	3	2,6
	Brasil	1	0,8
	Colombia	2	1,7
	Uruguay	1	0,8
	<i>Total</i>	20	17,1
<i>Total</i>		117	100

TABLA 5.5
Creencias religiosas

	Frecuencia	Porcentaje
Católica	43	36,8
Evangelista	2	1,7
Musulmana	13	11,1
Ortodoxa	11	9,4
Ninguna	7	5,9
No consta	41	35,1
Total	117	100

En general, dos tercios de las mujeres evaluadas no realizan un trabajo remunerado (tabla 5.6).

TABLA 5.6
Situación laboral: ¿Realiza trabajo remunerado?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	37	31,6
No	80	68,4
Total	117	100

TABLA 5.7
¿Recibe algún tipo de ayuda?

	Frecuencia	Porcentaje
Subsidio por desempleo	28	23,9
Pensión	8	6,8
Prestaciones sociales	10	8,5
No consta	71	60,8
Total	117	100

En referencia a los recursos económicos, la mayoría de las mujeres (74,1%) no disponen de dinero en metálico y en torno a un 42% tienen cuenta bancaria. La mayoría de las mujeres tampoco reciben apoyo económico por parte de la familia.

Asimismo, la gran mayoría disponen de Seguridad Social y médico de cabecera, aunque aún 7 mujeres manifiestan no tener acceso a las prestaciones sanitarias básicas (6,4%).

Otro aspecto evaluado a través de la entrevista semiestructurada ha sido su historia anterior en otros centros de acogida. Las respuestas dadas muestran que 41 mujeres (36,3%) contestan afirmativamente, habiendo en la mayoría de los casos un único ingreso anterior. La permanencia media en el centro actual es de 109 días oscilando entre un rango de 1 a 515 días (1 año y 4 meses).

También se les ha preguntado a las mujeres si alguien de su entorno más inmediato conoce su situación, en 91 casos (83,5%) alguien de la familia conoce la situación que vive la mujer, bien sean padres, hermanos o personas próximas.

Problemática general

En la entrevista se dedica un apartado a la valoración que las mujeres hacen de los problemas cotidianos que consideran más relevantes. En este apartado se han incluido la falta de trabajo, las condiciones de la vivienda, el aislamiento social, el alcoholismo, los problemas emocionales y las minusvalías, entre otros. La mayoría manifiesta «falta de trabajo» (67,6%), «dependencia económica» (44,6%), «problemas emocionales» (38,4%), «aislamiento social» (34,8%) y «adicciones» (8%).

Ocio

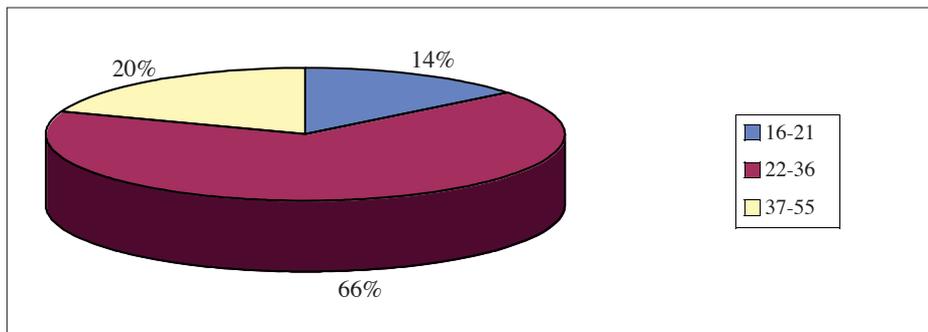
Otras preguntas incluidas en la entrevista se han centrado en la dedicación del tiempo libre. En este sentido, se destaca que, mayoritariamente, las mujeres manifiestan dedicar su tiempo libre a «estar con sus hijos» (66,7%), «escuchar música» (57,4%), «pasear» (56,5%) y «ver la televisión» (50,4%).

b) Características sociodemográficas y variables de maltrato de la submuestra de mujeres víctimas de violencia de género

Los datos que aparecen a continuación se refieren a la submuestra de mujeres víctimas de maltrato. En esta situación se encontraban 81 de las 117 mujeres entrevistadas.

La edad media de las 81 mujeres víctimas de maltrato es de 30,30 años, con un rango de edad que oscila desde los 16 hasta los 58 años. También en esta submuestra la edad más representada es el intervalo entre 22 y 36 años.

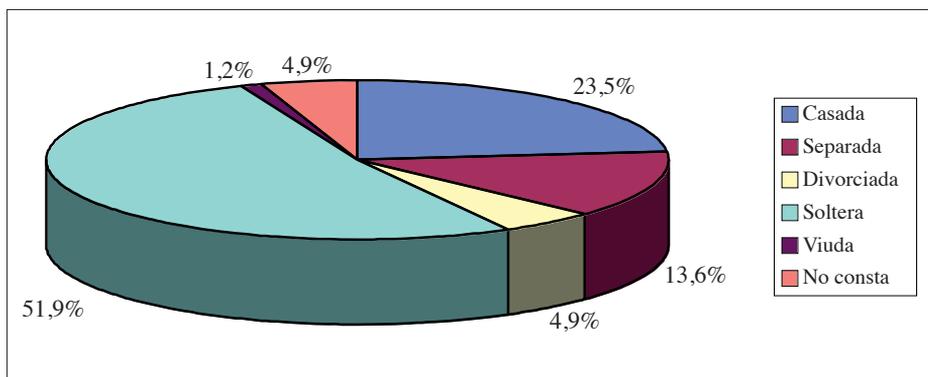
GRÁFICA 5.4
Edad de las mujeres víctimas de maltrato



Respecto al nivel educativo, 12 mujeres de estas 81 no tienen ningún tipo de estudios (14,8%), 18 tienen estudios primarios con el certificado escolar (22,2%), 26 tienen también estudios primarios pero con el correspondiente graduado escolar (32,1%), 18 tienen bachiller o un equivalente (22,2%) y 7 tienen estudios superiores (8,6%). En cuanto a la situación laboral, 27 mujeres (33,3%) tienen un trabajo remunerado, mientras que 54 de ellas (66,7%) no tienen ningún tipo de trabajo remunerado.

Respecto al estado civil, la gráfica 5.5 muestra 42 mujeres de las 81 que han sufrido malos tratos son solteras (52%) frente a 19 que están casadas (23,5%).

GRÁFICA 5.5
Estado civil



El resto de mujeres están separadas, divorciadas o, como es el caso de una de ellas, viuda. De nuevo en este colectivo se constata un mayor porcentaje de solteras.

Situación familiar

De las 81 mujeres víctimas de maltrato, 63 (77,7%) manifiestan haber mantenido una convivencia con el agresor «continua y estable», mientras que 15 (18,5%) la refieren como «inestable y a temporadas». La duración media de la relación sentimental es de 6,3 años (oscila entre un rango de pocos días a 31 años). La media de los años de convivencia es de 5,5 años. En 40 casos (49,5%) se trata de la primera convivencia. Anteriormente, 39 mujeres (48,1%) de las 81 víctimas de maltrato habían convivido con otra persona y en 34 de esos 39 casos habían sufrido malos tratos (42%) mayoritariamente por parte del compañero (18 casos, 22,2%). En 18 casos (22,2%) han sufrido, por otra parte, abusos sexuales.

Problemática general

En cuanto a la problemática general sobre la que las mujeres informan durante la entrevista, cabe destacar que casi el 68% de éstas consideran un problema la *falta de trabajo* (55 mujeres), un 45,7% los *problemas emocionales* y la *dependencia económica* (37 mujeres), un 35,8% el *aislamiento social* (29 mujeres) y un 22,2% la *vivencia en condiciones precarias* (18 mujeres).

De las respuestas que dan las mujeres se constata una vez más que la *falta de trabajo*, los *problemas emocionales* y la *dependencia económica* constituyen el centro de la problemática general de estas mujeres.

Carácter de las agresiones

Un área a la que se ha dedicado una atención especial durante la entrevista ha sido determinar las características del maltrato experimentado. Las respuestas muestran que el maltrato al que han sido sometidas las mujeres evaluadas es tanto físico (86,4%) como psicológico (84%). En concreto, el 74% de las mujeres de la muestra evaluada informan haber recibido simultáneamente maltrato físico y psicológico. El maltrato físico se ha descrito acompañado de golpes, patadas, empujones, bofetones, insultos, tirones de pelo y, en menor medida, acompañado de la utilización de arma blanca o de fuego.

El maltrato psicológico se ha caracterizado por menosprecio en público o en privado (84%) y amenazas de muerte (74,1%).

La duración media de los malos tratos se sitúa en 4,21 años, con un rango que oscila entre 1 mes y 29 años.

La decisión de salir del hogar después de la experiencia sufrida ha sido mayoritariamente una decisión tomada en solitario (66,7%), y en menor medida, apoyada por familiares (8,6%) y amigos (12,3%).

El 51,9% han informado de rupturas anteriores con una duración media de aproximadamente 3 meses. Por otra parte, en el 64,2% de los casos ha habido amenazas de ruptura. La respuesta del agresor ante esta amenaza se ha caracterizado principalmente por promesas de cambio (38,3%), seguida de un incremento de las agresiones (22,2%) o acoso (16%) (ver tabla 5.8).

TABLA 5.8
Respuesta del agresor a las amenazas de ruptura de la relación

	Frecuencia	Porcentaje
Agresiones	18	22,2
Promesas de cambio	31	38,3
Acoso	13	16,0
Persecución	10	12,3
Intentos de suicidio	7	8,6
Amenazas con los menores	9	11,1
Amenazas con abandono	4	4,9
Deseos de abandono de él mismo	3	3,7

El 26% de las mujeres informan que el agresor también maltrata a los menores.

Relaciones familiares y sociales

El apoyo familiar y social es un factor de protección frente a los acontecimientos negativos. En este sentido, se han evaluado también las relaciones con la familia extensa y con el entorno social más inmediato.

Durante la entrevista, la mayoría de las mujeres manifiestan mantener relaciones (65,4%) y recibir apoyo económico (17,3%) y afectivo (66,7%) por parte de su familia, frente a un porcentaje más bajo de casos que se refieren a la familia extensa del agresor (21%). Además, en un 23,5% de casos, la familia condiciona el apoyo a la ruptura con el agresor.

La información que dan las mujeres sobre sus relaciones sociales muestra que el 55,6% manifiestan recibir apoyo afectivo de sus propios amigos, frente a sólo un 10% de mujeres que señalan recibir apoyo afectivo de los amigos del agresor.

Además, en el 67,9% de las mujeres evaluadas, el entorno conoce las agresiones a la mujer y el 49,4% de ellas manifiestan que el entorno le ofrece apoyo si rompe con el agresor.

Datos relacionados con el agresor

Durante la entrevista se le ha preguntado a la mujer cierta información sobre el agresor. Las respuestas dadas por ellas señalan a un agresor con las siguientes características:

La *edad* media del agresor es de 35,94 años (mínimo = 18; máximo = 59). El *nivel educativo* del agresor es el siguiente: sin estudios (27,2%), primarios (certificado) (18,5%), primarios (graduado) (21%), bachiller o equivalente (16%), superiores (8,6%) y no sabe/no contesta en el 8,6% de los casos.

En relación con la *procedencia* del agresor, la tabla 5.9 muestra la distribución por países, muy similar a la de las mujeres evaluadas.

TABLA 5.9
País de nacimiento del agresor

		Frecuencia	Porcentaje
Europa	España	40	49,4
	Francia	2	2,5
	<i>Total</i>	<i>42</i>	<i>51,8</i>
Países del Este	Rumania	4	4,9
	Rusia	1	1,2
	Bulgaria	1	1,2
	Pakistán	1	1,2
	Ucrania	1	1,2
	Kosovo	1	1,2
	<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>12,3</i>
Países Árabes	Marruecos	10	12,3
	Argelia	2	2,5
	Siria	1	1,2
	Sahara	1	1,2
	Túnez	1	1,2
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>18,5</i>
África	Guinea	1	1,2
	Nigeria	1	1,2
	Santo Tomé	1	1,2
	Sáhara	1	1,2
	<i>Total</i>	<i>4</i>	<i>4,9</i>
América Latina	Bolivia	2	2,5
	Ecuador	3	3,7
	Perú	2	2,5
	Uruguay	1	1,2
	Venezuela	1	1,2
	Colombia	1	1,2
	<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>12,3</i>
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>100</i>	

La mitad de las agresiones han sido llevadas a cabo por agresores de nacionalidad española.

Antecedentes de violencia

En el 39,5% de los casos, las mujeres manifiestan que sus agresores tienen antecedentes penales. Y en un 45,7% informan de antecedentes de violencia con otras personas, principalmente con otra compañera.

El agresor manifiesta principalmente los siguientes problemas (según responden las mujeres víctimas del maltrato): alcoholismo (54,3%), toxicomanía (44,4%), problemas emocionales (42%), falta de trabajo (32,1%), dependencia económica (21%) y ludopatía (19,8%) (tabla 5.10).

TABLA 5.10
Problemas generales del agresor

	Frecuencia	Porcentaje
Falta de trabajo	26	32,1
Dependencia económica	17	21
Vivienda en condiciones precarias	12	14,8
Aislamiento social	11	13,6
Alcoholismo	44	54,3
Toxicomanía	36	44,4
Ludopatía	16	19,8
Adicción al ordenador	2	2,5
Problemas emocionales	34	42
Minusvalía física	5	6,2
Minusvalía psíquica	2	2,5
Minusvalía sensorial	2	2,5

c) Sintomatología en las mujeres evaluadas

Analizadas las dos submuestras por separado (exclusión social y maltrato), los análisis no muestran diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas en función de si son mujeres de exclusión social o víctimas de violencia de género. Por tanto, se exponen a continuación los resultados de la muestra total en las diferentes variables evaluadas que recogen diversos síntomas psicopatológicos.

En la siguiente tabla (tabla 5.11) se presentan las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de las variables psicológicas evaluadas. Se incluye una última columna en la que se especifica el porcentaje de mujeres que alcanzan las puntuaciones extremas en cada una de dichas variables (grupo de riesgo).

TABLA 5.11
Variables psicológicas evaluadas

	VARIABLES PSICOLÓGICAS	Media	DT	Grupo de riesgo (en %)
Bienestar General	Escala de salud general	21,15	5,769	12,7
Respuesta emocional a la violencia doméstica	Escala de depresión	10,26	5,748	16,4
	Escala de ansiedad	9,41	6,480	19,1
	Escala de ajuste psicosocial	5,43	3,863	20
	Escala de humor irritable	5,82	4,151	26,4
Apego y preocupación por el excompañero	Escala de apego	23,88	6,942	16
	Escala de preocupación	20,25	10,098	20
<i>Ansiedad</i>	<i>Ansiedad estado</i>	26,18	14,821	49
	<i>Ansiedad rasgo</i>	30,50	11,387	53,7
Tríada cognitiva	Visión del mundo	28,00	7,842	17,3
	Visión de sí mismo	21,95	8,373	17,3
	Visión del futuro	20,13	7,858	18,2
	Visión total	70,07	20,437	17,3
Autoestima	Autoestima	31,38	6,912	16,4
<i>Depresión</i>	<i>Inventario de depresión</i>	16,19	11,953	41,7
Estrategias de afrontamiento	Apoyo social (ACS)	10,62	3,669	15,6
	Resolver el problema (ACS)	12,37	2,850	13,8
	Esforzarse (ACS)	11,87	2,611	17,4
	Preocuparse (ACS)	12,55	2,804	14,7
	Invertir en amigos íntimos (ACS)	7,45	3,318	24,8
	Buscar pertenencia (ACS)	10,57	3,241	20,2
	Hacerse ilusiones (ACS)	12,20	2,538	12,8
	Falta de afrontamiento (ACS)	7,06	3,289	19,3
	Reducción de la tensión (ACS)	6,75	2,568	22
	Acción social (ACS)	4,94	2,675	31,2
	Ignorar el problema (ACS)	4,23	2,356	16,5
	Autoinculparse (ACS)	5,50	2,866	18,3
	Reservarlo para sí (ACS)	9,36	3,782	16,5
Fijarse en lo positivo (ACS)	11,01	2,784	15,6	
Buscar ayuda profesional (ACS)	7,17	3,009	24,8	
<i>Trastorno de estrés postraumático</i>	<i>Reexperimentación</i>	9,96	6,367	51,9
	<i>Evitación y embotamiento</i>	11,70	7,523	51,8
	<i>Arousal</i>	9,61	6,558	51,8
	<i>Global</i>	31,28	18,226	54,6
Asertividad	Asertividad	3,03	26,315	13,8
Estilos de crianza	<i>Apoyo</i>	12,39	3,882	15,6
	<i>Satisfacción con la crianza</i>	19,50	3,796	15,6
	Compromiso	18,89	4,180	11,1
	Comunicación	30,70	6,029	12,2
	<i>Disciplina</i>	16,63	4,516	18,9
	<i>Autonomía</i>	12,13	3,062	22,2
	<i>Distribución de Rol</i>	16,78	4,086	16,7
	Deseabilidad social	10,03	3,052	11,1

Los resultados muestran que las mujeres que se encuentran en los servicios sociales especializados, bien sea por experiencia de maltrato o por riesgo de exclusión social, presentan en porcentajes elevados:

- Un cuadro de ansiedad que requiere tratamiento psicológico (estado de ansiedad, 49%).
- Niveles de depresión propios de una depresión moderada o grave (41,7%).
- Síntomas de estrés postraumático:
Reexperimentación persistente de los acontecimientos vividos (51,9%).
Evitación de estímulos asociados al trauma (51,8%).
Aumento de la activación (dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, falta de concentración) (51,8%).
- Una falta de recursos psicológicos para la crianza: percepción baja de apoyo en la crianza, poca satisfacción en la misma, poca capacidad para ejercer la disciplina con sus hijos y estimularles hacia la autonomía personal y una baja distribución de rol en las tareas domésticas.

Los resultados nos permiten comprobar aquellos síntomas y/o alteraciones en los que las mujeres alcanzan puntuaciones extremas que las definen como grupo de riesgo de determinadas patologías. Estos datos son necesarios a la hora de diseñar un programa de intervención.

En el apartado siguiente se describen los resultados de los análisis de varianza realizados. Muestran las relaciones entre las variables de maltrato más relevantes (variables independientes) y los síntomas evaluados en la muestra (variables dependientes).

d) Relación entre las variables de maltrato y la sintomatología psicopatológica presente

Se realizó un análisis de varianza con las variables *edad* de las mujeres, *creencias religiosas* y *país de nacimiento*. Los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas. Tampoco han sido significativas estadísticamente las posibles diferencias que existen en relación con el país de nacimiento del agresor con respecto a la historia de maltrato de la mujer y con respecto a otras variables relacionadas con el agresor como antecedentes, nivel de estudios, etc.

Por el contrario, los análisis realizados muestran qué variables son discriminativas del nivel de malestar psicológico y disminución de recursos para afrontar los problemas de la vida cotidiana en las mujeres que han experimentado una historia de maltrato.

Se describen a continuación las relaciones *significativas* encontradas entre las variables de maltrato que han resultado ser relevantes o discriminativas (agrupadas por categorías) y los síntomas psicopatológicos evaluados.

Las variables de maltrato discriminativas del estado psicológico de la mujer han sido agrupadas en las siguientes categorías:

1. Características de maltrato
¿Has sufrido antes malos tratos? Duración del maltrato ¿Has sufrido antes abuso sexual? ¿Es primera convivencia? Tipo de convivencia Años de convivencia ¿Ha habido rupturas anteriores? Dependencia económica con el agresor Permanencia en el centro actual
2. Familia extensa y entorno social
¿Conoce alguien de su familia su situación? ¿Conoce su entorno las agresiones? Apoyo afectivo de la <i>familia</i> propia Apoyo afectivo de <i>amigos</i> propios
3. Apego y preocupación por el excompañero
Apego Preocupación

A continuación se exponen de manera esquemática y siguiendo dichas categorías, los resultados que han sido significativos. Las tablas con los datos estadísticos de los análisis realizados aparecen en el anexo I.

1. Características de maltrato:

Los resultados de los análisis realizados muestran las siguientes diferencias significativas:

¿Has sufrido antes maltrato? Sí/no	
Las mujeres que han contestado <i>sí</i> (frente a las que han contestado <i>no</i>) muestran:	Más ansiedad (estado y rasgo). Una visión <i>más</i> negativa (del mundo, del futuro y de sí mismas). Más depresión. Menos asertividad.

¿Duración del maltrato?	
<p>Las mujeres que han estado sometidas a una <i>mayor</i> duración de la situación de maltrato, muestran:</p> <p>Las diferencias se han establecido entre el grupo de mujeres de más de 10 años de maltrato, frente a las del grupo de entre 4 y 10 años y las del grupo de menos de 4 años.</p>	<p><i>Más</i> estado de ánimo irritable.</p> <p><i>Menos</i> compromiso con la crianza (menos interacción y conocimiento que la madre tiene con su hijo).</p> <p><i>Menos</i> concentración en resolver el problema. Esta estrategia de afrontamiento se dirigiría a abordar el problema sistemáticamente y teniendo en cuenta diferentes puntos de vista u opciones de solución.</p> <p><i>Más</i> reexperimentación del acontecimiento traumático, evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general de la persona, en definitiva, más síntomas de estrés postraumático.</p>

¿Has sufrido antes abuso sexual? Sí/no	
<p>Las mujeres que han contestado <i>sí</i> (frente a las que han contestado <i>no</i>) muestran:</p>	<p><i>Más</i> ansiedad.</p> <p>Una visión <i>más</i> negativa (del mundo, de sí mismas, del futuro).</p> <p><i>Menos</i> autoestima.</p> <p><i>Menos</i> asertividad.</p> <p><i>Menos</i> concentración en resolver el problema. Esta estrategia de afrontamiento se dirigiría a abordar el problema sistemáticamente y teniendo en cuenta diferentes puntos de vista u opciones de solución.</p> <p><i>Menos</i> temor por el futuro en términos generales o más en concreto preocupación por la felicidad futura.</p> <p><i>Menos</i> visión optimista y positiva y menos tendencia a ver el lado bueno de las cosas y a sentirse afortunado.</p> <p><i>Más</i> tendencia a ignorar el problema, es decir, un mayor esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él.</p>

¿Es primera convivencia? Sí/no	
<p>Las mujeres que han contestado <i>sí</i> (frente a las que han contestado <i>no</i>) muestran:</p>	<p><i>Más</i> esfuerzos por comprometerse en alguna relación de tipo íntimo.</p> <p><i>Más</i> interés por las relaciones con los demás, en general, y más específicamente, por lo que los demás piensen de uno.</p>

Tipo de convivencia: continua y estable/inestable y a temporadas	
Las mujeres que han mantenido una convivencia <i>inestable</i> muestran:	<p><i>Más</i> tendencia a ignorar el problema, es decir, un mayor esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él.</p> <p>En <i>mayor grado</i> se autoinculpan, es decir, se ven como culpables o responsables de su problema o de su situación.</p>
Años de convivencia con el agresor	
Las mujeres que durante <i>más</i> tiempo han convivido con el agresor muestran:	<p><i>Más</i> interés por las relaciones con los demás, en general, y más específicamente, por lo que los demás piensen de una misma.</p> <p>En <i>mayor grado</i> dejan que otros conozcan el problema y tratan de conseguir ayuda.</p>
¿Has tenido rupturas anteriores? Sí/no	
Las mujeres que han contestado <i>si</i> (frente a las que han contestado <i>no</i>) muestran:	Se percibe <i>más</i> eficaz en la comunicación con su hijo.
Permanencia en el centro actual	
Las mujeres que llevan <i>más</i> tiempo en el centro, muestran:	<p><i>Menos</i> ansiedad (evaluada tanto por el REV como por el STAI).</p> <p><i>Menos</i> interés en esforzarse y tener éxito. Se refiere a conducta de trabajo, laboriosidad e implicación personal.</p>
Dependencia económica con el agresor	
Las mujeres que han contestado <i>sí</i> (frente a las que han contestado <i>no</i>) muestran:	<p>En <i>mayor grado</i> dejan que otros conozcan el problema y tratan de conseguir ayuda.</p> <p>En <i>mayor grado</i> buscan ayuda profesional.</p> <p><i>Menos</i> satisfacción con la crianza.</p> <p><i>Menos</i> experiencia en imponer disciplina a su hijo.</p> <p><i>Más</i> aumento de la activación (dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto).</p>

2. Familia extensa y entorno social:

Los resultados de los análisis realizados muestran las siguientes diferencias significativas:

¿Conoce alguien de su <i>familia</i> su situación? Sí/no	
Las mujeres que han contestado <i>sí</i> (frente a las que han contestado <i>no</i>) muestran:	<p><i>Más</i> autoestima.</p> <p><i>Más</i> compromiso con la crianza (menos interacción y conocimiento que la madre tiene con su hijo).</p> <p><i>Más</i> experiencia en imponer disciplina a su hijo.</p>
¿Conoce su <i>entorno</i> las agresiones? Sí/no	
Las mujeres que han contestado <i>sí</i> (frente a las que han contestado <i>no</i>) muestran:	<p><i>Más</i> autoestima.</p> <p>Una visión <i>menos</i> negativa de sí misma y del futuro.</p> <p><i>Más</i> concentración en resolver el problema. Esta estrategia de afrontamiento se dirigiría a abordar el problema sistemáticamente y teniendo en cuenta diferentes puntos de vista u opciones de solución.</p> <p><i>Más</i> esfuerzos por comprometerse en alguna relación de tipo íntimo.</p> <p><i>Menos</i> tendencia a aislarse de los demás y a que los demás conozcan sus preocupaciones.</p>
¿Recibe apoyo afectivo de la <i>familia</i> propia? Sí/no	
Las mujeres que han contestado <i>sí</i> (frente a las que han contestado <i>no</i>) muestran:	<p><i>Más</i> autoestima.</p> <p>Una visión <i>menos</i> negativa (del mundo, de sí misma y del futuro).</p> <p><i>Menos</i> depresión.</p> <p><i>Más</i> experiencia en imponer disciplina a su hijo.</p> <p><i>Menos</i> deseabilidad social.</p> <p>En <i>mayor grado</i> buscan apoyo social, es decir, manifiestan una mayor inclinación a compartir el problema con los demás y conseguir ayuda para afrontarlo.</p> <p><i>Más</i> capaces se sienten para afrontar el problema.</p> <p><i>Menos</i> se autoinculpan, es decir, se ven como culpables o responsables o de su situación.</p> <p><i>Menos</i> tendencia a aislarse de los demás y a que los demás conozcan sus preocupaciones.</p>

¿Recibe apoyo afectivo de sus <i>amigos</i> propios? Sí/no	
Las mujeres que han contestado <i>sí</i> (frente a las que han contestado <i>no</i>) muestran:	<p><i>Más</i> autoestima.</p> <p>Una visión <i>menos</i> negativa (del mundo, de sí mismas, del futuro).</p> <p><i>Menos</i> depresión (evaluada a través tanto del REV como del BDI).</p> <p><i>Más</i> esfuerzos por comprometerse en alguna relación de tipo íntimo.</p>

Los resultados muestran como tanto la familia como los amigos sirven de factor de protección ante la depresión, y ante una visión negativa tanto de una misma, como del mundo, como del futuro. Además, dicho apoyo favorece el tener una buena autoestima y más recursos de afrontamiento.

3. Apego y preocupación por el excompañero:

Los resultados de los análisis realizados muestran las siguientes diferencias significativas:

Apego	
Las mujeres que han puntuado <i>alto</i> en apego, muestran:	<p><i>Más</i> ansiedad (evaluada tanto a través del REV como del STAI).</p> <p><i>Más</i> depresión.</p>
Las mujeres que han puntuado <i>bajo</i> en apego, muestran:	<p>Una visión <i>menos</i> negativa (del mundo, de sí mismas, del futuro).</p> <p><i>Menos</i> depresión.</p> <p><i>Más</i> autoestima.</p> <p><i>Más</i> capaces se sienten para afrontar el problema.</p> <p>En <i>menor grado</i> se autoinculpan, es decir, se ven como culpables o responsables de su situación.</p> <p><i>Más</i> compromiso con la crianza (menos interacción y conocimiento que la madre tiene con su hijo).</p> <p><i>Menos</i> reexperimentación del acontecimiento traumático, aumento de la activación (dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto), en general menos síntomas de estrés postraumático.</p>

Preocupación	
Las mujeres que han puntuado <i>alto</i> en preocupación por el excompañero, muestran:	<i>Más</i> depresión. Una visión <i>más</i> negativa (del futuro, de sí mismas y del mundo). <i>Más</i> incapaces se sienten para afrontar el problema.
Las mujeres que han puntuado <i>medio</i> en preocupación por el excompañero, muestran:	<i>Más</i> reexperimentación del acontecimiento traumático, evitación persistente de estímulos asociados el trauma y embotamiento de la reactividad general de la persona, aumento de la activación (dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto), <i>más</i> estrés postraumático.

Por tanto, el apego y la dependencia emocional del agresor son variables que tienen efectos muy negativos en el estado de ánimo de la mujer, diagnosticados como estados de ansiedad, sintomatología depresiva, estrés postraumático e incapacidad para afrontar el problema.

e) Evaluación del centro y de sus servicios por parte de las mujeres evaluadas

En la entrevista se preguntó a las mujeres (117) aquellas necesidades que consideraban que estaban bien atendidas en los centros en función de los servicios y de la atención recibida. Los resultados se muestran en la tabla 5.12.

TABLA 5.12
Satisfacción con las necesidades atendidas en los centros

	Bien		Mal		Ni bien ni mal	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Apoyo emocional	66	60	10	9,1	18	16,4
Trato humano	63	57,3	10	9,1	21	19,1
Aseo y limpieza	54	49,1	9	8,2	30	27,3
Seguridad	50	45,4	14	12,7	28	25,4
Instalaciones	50	45,4	18	16,4	25	22,7
Comidas	49	44,5	19	17,3	25	22,7
Horarios	45	41	27	24,5	19	17,3
Tiempo para estar con los hijos	45	40,1	7	6,4	38	34,5
Flexibilidad	44	40	9	8,2	39	35,4
Trabajo	40	36,4	13	11,8	36	32,7

El apoyo emocional junto con el trato humano recibido es lo que mejor valoran las mujeres evaluadas.

3. FASE 1. SEGUNDA PARTE: EVALUACIÓN DE LOS MENORES ACOGIDOS CON SUS MADRES EN LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS

3.1 *Método*

Paralelamente a la evaluación de las mujeres acogidas en los servicios especializados víctimas de maltrato y/o exclusión social, se ha evaluado a un total de 121 menores (hijos e hijas acogidos con las madres en dichos centros).

Los menores han sido evaluados según su edad cronológica a través de la observación, la información de las madres y/o cuestionarios de autoinforme dirigidos a registrar el nivel de desarrollo madurativo del menor, así como su estado psicológico y el impacto de convivir con la conflictividad familiar y la violencia.

La distribución por provincias de los centros en los cuales se realizó la evaluación aparece en la tabla 5.13.

TABLA 5.13
Distribución por provincias de los centros que colaboran en el proyecto

Centros (provincias)	Menores evaluados	%
Valencia	65	53,72
Alicante	50	41,32
Castellón	6	4,96
Total	121	100

3.2 *Resultados*

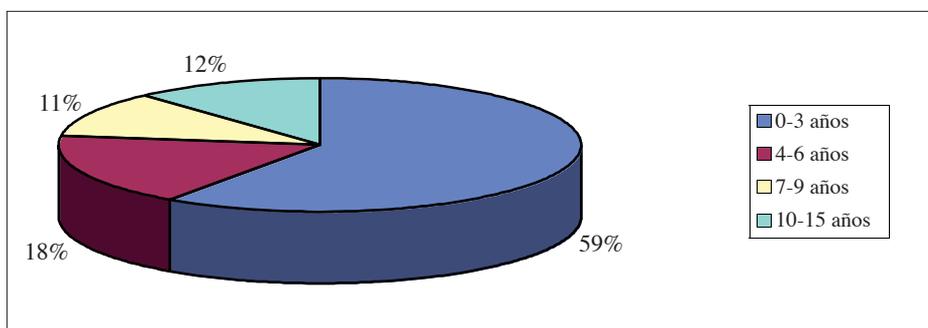
Se presentan a continuación y en primer lugar los datos descriptivos sociodemográficos de la muestra total de menores evaluados. En segundo lugar, se presentan los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a las madres de los menores. En tercer lugar, se presentan los resultados de la evaluación del desarrollo madurativo de los menores que residen con sus madres en los diferentes centros. Finalmente, el informe muestra los resultados obtenidos en las

diferentes pruebas psicológicas administradas a los menores. A continuación, se describen cada uno de estos apartados.

a) Datos sociodemográficos

La muestra de menores evaluados (N = 121) tiene una media de 3,80 años (dt = 3,88), con un rango de edad que oscila desde 1 mes hasta los 16 años. La distribución por grupos de edad se muestra en la gráfica 5.6:

GRÁFICA 5.6
Distribución de la muestra en función de la edad



Como vemos, más de la mitad de la muestra pertenece al grupo de edad entre 0 y 3 años.

En cuanto al número de hermanos, la mayoría tiene entre 2 y 3 hermanos (38,5%), siendo el máximo 6 hermanos.

Se observa que la mayoría de los menores evaluados (37,6%) son los primogénitos o bien son hijos únicos.

La tabla 5.14 muestra las profesiones de los padres de los menores. Siguiendo la tipología de Hollingshead (1975), la mayoría de las profesiones de los padres pertenecen al grupo de «maquinistas y obreros semi-especializados» (33,9%) (conductor, albañil, soldador...), seguido del grupo de «obrerros manuales especializados» (10,1%) (pintor, cocinero, electricista...). Pero hay que destacar el 4,25% de padres con un nivel alto de formación (universitarios). Cabe recordar que en el estudio sobre las mujeres ingresadas en los centros de servicios sociales especializados se mantiene un porcentaje también de titulaciones universitarias (diplomadas o licenciadas).

TABLA 5.14
Profesiones de los padres de los menores evaluados

Profesión	%
Maquinistas y obreros semi-especializados	33,9
Obreros manuales especializados	10,1
Grandes ejecutivos, propietarios y grandes profesionales (ingenieros, arquitectos, investigadores)	4,25
Otros (paro o fallecido)	2,83
Militar	0,7
No consta	48,22

Por otro lado, al preguntar a las mujeres por la situación laboral del padre de los menores, tal y como se puede observar en la tabla 5.15, la mayoría se encuentra en situación activa con contrato (26,24%). Aunque hay que destacar la proporción de los que están en paro (13,5%) y los que se encuentran en prisión (5%).

TABLA 5.15
Situación laboral del padre

Situación	N	%
Activa con contrato	37	26,24
En paro	19	13,5
En prisión	7	5
Inestable	3	2,13
De baja	2	1,42
No sabe	2	1,42
No consta	70	49,64

b) Entrevista con la madre

La entrevista semiestructurada mantenida con la madre sobre aspectos relacionados con el desarrollo del menor y su relación con el padre aporta información relevante para valorar las características psicológicas y los hábitos de su hijo o hija, constituyendo una fuente de información para contrastar los resultados con los obtenidos a través de otros procedimientos de evaluación utilizados.

Convivencia del menor con la violencia familiar

Las respuestas del 69,7% de las madres que han contestado a la pregunta sobre la convivencia del menor con el padre muestran lo siguiente: sobre tiempo de convivencia del menor con el padre, destaca que el 5,5% de los menores no han llegado a convivir con sus padres, mientras que la mayoría (23,8%) han convivido con él desde un mes hasta un año. Llama la atención que un 12% de los menores evaluados han vivido en esta situación de conflictividad durante toda su vida y algunos de ellos tenían 14 años en el momento de la evaluación.

En cuanto a la edad del menor al inicio de los problemas de convivencia, de los casos que han informado de este dato, se constata que en el 20% los problemas comienzan antes del nacimiento del menor. En un 9% estos problemas surgen durante el primer año de vida del menor y en un 5% se inician durante el segundo año de vida. En total, casi un 35% de los menores conviven con esta conflictividad durante los dos primeros años de vida, que son fundamentales para un buen desarrollo personal y emocional del niño.

La mayoría de la población evaluada (37,6%) ha experimentado cambios frecuentes de domicilio (entre 1 y 3 veces) en su corto período de vida, lo que contribuye a generar una gran inestabilidad y dificultad en el establecimiento de redes sociales.

Antecedentes médicos familiares

En la tabla 5.16, se muestra el porcentaje de miembros de la familia de los menores que tienen algún problema o enfermedad.

TABLA 5.16
Incidencia de problemas médicos en la familia

	Sí		No		No consta	
	N	%	N	%	N	%
Toxicomanía	38	34,9	58	53,2	13	11,9
Alcoholismo	32	29,4	68	62,4	12	11,0
Diabetes	19	17,4	78	71,6	12	11,0
Epilepsia	18	16,5	79	72,5	12	11,0
Mentales	12	11,0	85	78,0	12	11,0
Ceguera	3	2,6	94	86,2	12	11,0
Sordera	1	0,9	95	87,2	13	11,9

A grandes rasgos, podemos observar que en la inmensa mayoría de los casos, las madres han contestado que en la familia extensa no hay casos de problemas graves de salud. Cabe destacar que hay un alto porcentaje de incidencia de toxicomanía y alcoholismo en esta población (34,9 y 29,4% respectivamente). Además, se constata una alta incidencia de patologías endocrinas, como la diabetes (17,4%), y neurológicas, como la epilepsia (16,5%), así como mentales (11%). Todas estas enfermedades aparecen en un porcentaje mayor que en la población general.

Embarazo y parto

La media de edad de las mujeres al inicio del embarazo es de 25 años y medio, en un rango que oscila entre los 14 y los 40 años. De éstas, 9 mujeres son adolescentes, con una edad inferior a los 18 años (6,3%).

Por lo general, el embarazo ha sido supervisado por el médico (90%). Destaca que la gran mayoría de las mujeres no han padecido ninguna enfermedad importante durante el embarazo (amago de aborto, fiebres altas, rubéola, pérdida de sangre, etc.). En cambio, el 16% informan que han sufrido malos tratos durante el embarazo.

El peso medio de los niños y niñas al nacer es de 3,093 kg, variando en un rango entre 1,400 y 4,500 kg. Un 20% han nacido con un peso inferior a 2,500 kg. Del total de menores que han nacido con bajo peso, un 19% tienen antecedentes familiares que han sufrido malos tratos físicos.

En el 29,4% de los casos, el parto ha sido lento y distócico. Del total de la muestra, en el 24% el parto se realizó mediante cesárea. En el 16,5% la dilatación fue lenta, pero generalmente no han tenido ningún problema especial (asfixia, hemorragia, etc.). En el 66% de los casos, el color al nacer era rosado, mientras que el 8,3% nacieron con un color morado o rojo.

Desarrollo evolutivo

Haciendo referencia al tipo de lactancia, en el 55% de los casos fue natural, aunque en el 7,3% la succión era dificultosa o les costaba.

Casi el 36% de las madres afirman que sus hijos o hijas lloraban mucho los primeros meses, dándose la mayoría de los casos (18,3%) durante la noche. Este dato indica que se dan inquietudes y nerviosismo interior, que son síntomas de poca madurez emocional.

La mayoría de los menores (27,5%) se mantuvieron sentados a los 6 meses, se mantuvieron de pie entre los 8 y los 10 meses (33,9%) y comenzaron a

andar entre los 11 y 12 meses (32,1%). Hay que tener en cuenta que existe un porcentaje considerable de la muestra que no ha respondido a esta pregunta, debido a que el menor no tenía la edad suficiente para hacerlo (22,9, 41,3 y 29,4%, respectivamente).

Enfermedades padecidas

Como se observa en la tabla 5.17, la gran mayoría de la muestra no ha padecido enfermedades importantes, aunque se podría destacar un porcentaje sensiblemente más elevado en estrabismo y asma (7,3%). No obstante, la mayor proporción se da en otras enfermedades más comunes, como bronquitis, constipados frecuentes, infecciones, etc. Destaca la incidencia de la meningitis, sufrida por 5 de los menores evaluados.

TABLA 5.17
Enfermedades padecidas

	Sí		No		No consta	
	N	%	N	%	N	%
Desmayos	–	–	99	90,8	10	9,2
Convulsiones	1	0,9	98	89,9	10	9,2
Dolor de cabeza	2	1,8	97	89,0	10	9,2
Infecciones	2	1,8	97	89,0	10	9,2
Vómitos	5	4,6	94	86,2	10	9,2
Otitis	4	3,7	95	87,2	10	9,2
Estrabismo	8	7,3	91	83,5	10	9,2
Alergias	3	2,8	96	88,1	10	9,2
Fiebres altas	1	0,9	98	89,9	10	9,2
Asma	8	7,3	91	83,5	10	9,2
Meningitis	5	4,6	94	86,2	10	9,2
Otras	27	24,8	69	63,3	13	11,9

El 6,4% de la muestra ha sufrido algún accidente. El mismo porcentaje es el referente a los menores que han sido intervenidos quirúrgicamente en alguna ocasión. Se encuentra un porcentaje más elevado en aquellos menores que han sido hospitalizados (30%). Cabe destacar que el 6,4% de los menores han sido explorados psicológicamente. Del total de menores que han sido hospitalizados alguna vez, el 50% pertenecen a familias cuyo padre maltrata no sólo a la madre sino también al menor.

De los niños y niñas evaluados mayores de 6 años, casi el 40% (37,5%) padecen enuresis nocturna. Algunos de ellos tienen en la actualidad 13 años.

Rasgos personales

Las madres perciben a sus hijos e hijas como niños alegres, poco llorones, poco desobedientes, poco agresivos, poco impulsivos, que tienen un humor estable, no tienen enfados violentos. Sin embargo, tienen la percepción de que sus hijos tienden a aislarse más que los niños de su misma edad.

Hábitos de sueño

Con respecto a los hábitos a la hora de dormir, la media de horas que duermen los menores es de 11. Se suelen acostar sobre las 21:00 o las 22:00 la mayoría, ya que en el 29,3% de los casos se acuestan sobre las 21:00 y en el 29,3% sobre las 22:00.

Se suelen levantar sobre las 8:00 en la mayoría de los casos, ya que el 40,3% contestaron que se solían levantar sobre esta hora y el 16,5% sobre las 7:00. Del 6,4% de los menores no tenemos información, ya que las madres no respondieron, y el porcentaje restante se reparte en un rango que va desde las 6:00 hasta las 10:00.

La mayoría de los menores suelen dormir solos. Del 95,3% de los casos sobre los que tenemos información, el 60,5% de las madres confirman que los menores duermen sin ellas. La tabla 5.18 presenta los problemas más frecuentes al dormir. Hay un 24% que tienen miedo al acostarse. De ellos, 16 niños o niñas tienen una edad comprendida entre pocos meses y 3 años, y 10 niños tienen entre 4 y 15 años. Del grupo de menores evaluados que tienen más de 4 años, el 28% verbalizan que sienten miedo al ir a acostarse.

TABLA 5.18
Problemas más frecuentes al dormir

Problema	Sí		No		No consta	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Miedo al acostarse	26	23,8	70	64,2	13	11,9
Tarda en dormirse	33	30,3	69	63,3	7	6,5
Duerme agitado	18	16,5	84	77	7	6,5
Pesadillas	9	8,2	93	85,3	7	6,5
Terrores Nocturnos	2	1,8	100	91,7	7	6,5

Un 30,3% del total de la muestra evaluada ha manifestado dificultades en conciliar el sueño. Este porcentaje incluye dos rangos de edad: menos de 3 años y más de 4 años. En el grupo de los más pequeños (de 0 a 3 años), más de un 30% presentan este problema; mientras que en el grupo con más de 4 años, este porcentaje se eleva casi al 40%. A esto hay que añadir un 8,2% de niños que sufren pesadillas durante el sueño.

Los datos permiten concluir una alta incidencia de los problemas del sueño (miedos, pesadillas, sueño agitado, etc.) entre la población evaluada, que resulta afectada hasta en un 40% en algunas categorías de trastornos del sueño.

Alimentación

Al preguntar a las madres sobre cuestiones relacionadas con la alimentación, un 28,4% manifiestan, en primer lugar, que tienen problemas con la alimentación. Un 23% manifiestan que han tenido problemas en los primeros meses. Un 16,5% indican problemas de cambio del dulce al salado y un 15,6% al pasar de líquido a sólido. De estos datos, lo más relevante es el alto porcentaje de niños que, según las madres, han padecido problemas en la alimentación (problemas de succión, rigidez de la madre, relaciones tensas, etc.) en los primeros meses de vida (23%).

En relación con la toma de alimentos, un 25% aseguran que tienen dificultades a la hora de comer.

En cuanto al tipo de alimentación, los productos lácteos son los que se encuentran en primer lugar, ya que, de 92 menores, 88 (80,7%) consumen alimentos de este tipo (tabla 5.19).

TABLA 5.19
Hábitos alimenticios

Tipos de alimentos	Fr	%
Lácteos	88	80,7
Carne	79	72,5
Verdura	74	67,9
Fruta	77	70,6
Legumbre	75	68,8
Pan/Cereales	80	73,4

Las principales dificultades se encuentran en el pescado (4,6%) y en la verdura (3,7%). El resto de menores se reparten entre diferentes tipos de dificultades, junto con un 4,6% de la muestra que no ha respondido nada, lo cual puede ser debido a que no tengan ningún tipo de dificultad con la alimentación.

Autonomía personal

Respecto a cuestiones relacionadas con la autonomía personal, y al preguntarles a las madres sobre qué cosas hacen los menores solos, un 33,1% no se asean solos (lavarse la cara, manos, etc.). El resto de menores (39,4%) sí que lo hacen. Hay que destacar que muchos menores son recién nacidos o de apenas unos meses, de ahí que no tengan la suficiente autonomía.

El 27,5% no han respondido sobre si saben comer ellos solos. El resto, el 51,3%, sí que se alimentan sin ningún tipo de ayuda, y el 21,1% no saben comer ellos solos. Con esto sucede lo mismo que con el aseo, hay muchos menores que son demasiado pequeños y todavía no pueden alimentarse sin ayuda.

Socialización

La edad media en la que empiezan a jugar con otros niños y niñas es de 14,06 meses. La inmensa mayoría empiezan a hacerlo a los 12 meses, ya que del 59,6% de los menores sobre los que tenemos datos en esta cuestión, el 11% empiezan a jugar con otros niños y niñas a esta edad. El resto de menores lo hacen en un rango que va de 0 a 48 meses. El que el 40,4% no hayan contestado puede ser debido a que no jueguen con otros niños o niñas, bien porque están aislados o bien porque ya son demasiado mayores para jugar. Además, a un 32,1% de los menores no les gusta jugar con niños o niñas más pequeños, frente a un 39,4% que sí que disfrutan jugando con niños o niñas más pequeños.

En cuanto a las relaciones que mantienen con sus hermanos o hermanas, según la percepción de las madres, es importante señalar que el 20,2% de los menores no mantienen una relación buena con éstos.

Relaciones materno-filiales

La media de horas al día que las madres dedican a hablar con sus hijos e hijas es de 1,17 horas, y el tiempo que dedican a estar con el menor es de 10,53 horas al día como media. En el 79,8% de los casos, las madres confirman hablar mucho con sus hijos e hijas, mientras que tan sólo el 1,8% dicen hablar poco con ellos.

En el 26% de los casos, las madres no utilizan ningún método para inculcarles normas a sus hijos e hijas. Cuando se les pregunta por el método utilizado para eliminar las conductas difíciles de los menores, se sigue en la misma línea,

ya que en el 30% de los casos las madres utilizan castigos físicos o verbales como método para educar a sus hijos e hijas.

Por otro lado, las madres no perciben problemas sobresalientes en la convivencia con el menor, y el resto de problemas que se señalan no son problemas graves o significativos, ya que se trata de cosas como que los niños o niñas no paran, que son muy «cabezotas», que tienen celos, etc.

Escolarización

Respecto a la edad de inicio de escolarización, el mayor porcentaje se encuentra en los 36 meses (3 años), siendo un 9,2% los que comienzan el colegio a esta edad. El resto de menores inician la escolarización a una edad que va desde los 3 meses hasta los 4 años. No tenemos datos sobre el 36,7% de la muestra, y esto puede ser debido a que se trata de los menores que no están escolarizados todavía ni asisten a la guardería.

Del 60,6% de los que tenemos información, el 37,6% asisten a la guardería, el 10,1% van a la escuela infantil y el 12,8% van al colegio. Con esto vemos que la mayor parte de los menores sobre los que tenemos información son menores de 3 años, ya que asisten a la guardería.

El 23,8% de los menores han cambiado dos veces de colegio.

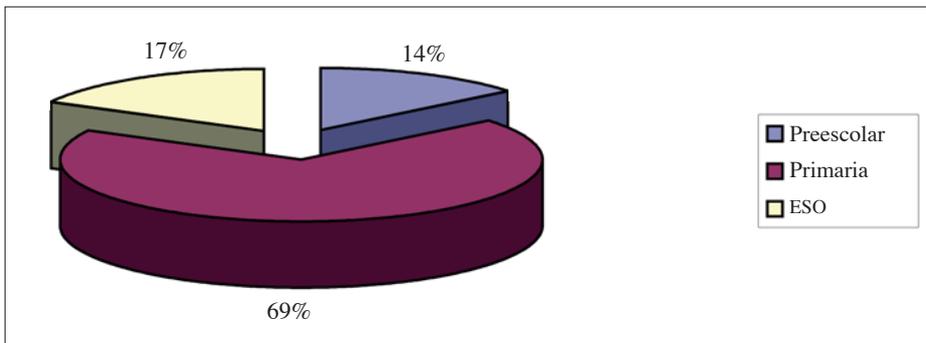
En cuanto al comportamiento en la escuela, un 43,1% de los datos que tenemos indican que no tienen un comportamiento tranquilo durante los primeros días.

También es importante destacar que sólo un 2,7% de los menores no quieren asistir al colegio y se niegan a ir. Finalmente, un 45,8% de los niños y niñas escolarizados no hacen las tareas que les mandan en la escuela y no obedecen a lo que los profesores les mandan.

Nivel de estudios

La gráfica 5.7 muestra la distribución de los menores evaluados en función del nivel de estudios en el que están matriculados. Hay que tener en cuenta que sólo nos consta este dato del 22% de la muestra de menores, debido a que la mayoría de ellos no llegan a la edad de escolarización obligatoria, es decir, 36 de los menores evaluados están escolarizados.

GRÁFICA 5.7
Distribución de los menores escolarizados en función de su nivel de estudios



Podemos observar que la mayoría de los menores escolarizados (69%) están matriculados en cursos de primaria.

En la muestra, el 40% de los menores escolarizados precisan algún tipo de ayuda específica (seguimiento del proceso educativo y/o psicológico). Entre éstos, se da una mayor proporción de los que afirman que el tipo de ayuda que requieren es de tipo educativo (32%), seguido de la ayuda psicológica (20%).

Actitud hacia el aprendizaje

La totalidad de los menores escolarizados afirman acudir diaria y regularmente al colegio (o guardería) y consideran que es algo necesario.

El 82,4% acuden contentos al colegio, mientras que el 17,6% restante afirman asistir enfadados, con desánimo o resignación.

En la tabla 5.20 se muestran algunos problemas de aprendizaje y de actitud hacia el colegio. Los datos hacen referencia a la población de menores escolarizados en primaria y secundaria.

TABLA 5.20
Actitud y dificultades de los menores escolarizados

	N	%
Actitud negativa hacia el aprendizaje	5	16,1
Desinterés hacia el aprendizaje	8	25,8
Dificultades de concentración	10	32,2
Pensamientos distractores	8	25,8
Necesita ayuda para trabajar	8	25,8
No trabaja autónomamente	20	64,5

El principal problema manifestado por los menores escolarizados hace referencia a la consideración de que no trabajan autónomamente (64,5%) junto a las dificultades de concentración (32,2%). Por otro lado, el 25,8% de las madres afirman que sus hijos no demuestran interés en las materias escolares, se distraen o piensan en otras cosas mientras trabajan y no son capaces de hacerlo de manera autónoma. Finalmente, el 16,1% de los menores escolarizados tienen una actitud negativa hacia el aprendizaje.

En cambio, al preguntarles respecto a las cosas que hacen en la escuela, el 57,1% de los menores escolarizados opinan que les parece interesante y colaboran con agrado.

En cuanto a las relaciones sociales, el 86,1% de los menores dicen que tienen muchos amigos y amigas en el colegio. En concreto, el 77,1% de los 35 menores evaluados prefieren relacionarse con chicos y chicas de su edad. La mayoría de ellos también han asegurado que prefieren unas relaciones tranquilas y centradas en el juego (77,8%). Les gusta jugar a juegos como el «pilla-pilla», que es el que más se repite entre los menores evaluados, con un porcentaje de 30,4%.

El 69,5% tienen una buena opinión de sus profesores, ya que dicen que les gustan y que son muy buenos. Y el 52,2% dicen que sus profesores tienen la misma opinión de ellos y que se portan bien en clase.

El 65,2% aseguran que hablan a menudo con su madre del colegio. El resto dicen que hablan a veces, pero no hay ningún menor que haya contestado que no habla nunca con su madre del colegio y absolutamente todos ellos han contestado que a sus madres les gusta que les cuenten cosas del colegio, ya que les preguntan siempre sobre él. Además, el 91,3% dicen que su madre tiene interés en las cosas que hace el menor en general, no sólo en el colegio, ya que les preguntan por muchas cosas (amigos, juegos, etc.). El tema del que más suelen hablar con las madres es el colegio (39,1%), y un 26,1% aseguran que hablan con ellas «de todo».

c) Evaluación del desarrollo madurativo de los menores

Con la finalidad de analizar el desarrollo físico, motor y de adaptación personal y social de los menores evaluados se ha utilizado la prueba de Gessell y Amatruda (1981). Esta prueba tiene la particularidad de que contiene una progresión de ítems secuenciados que están adaptados a las edades evolutivas de los menores. Las áreas que evalúa son: adaptativa, motricidad fina y gruesa y lenguaje. La prueba de Gessell y Amatruda (1981) se ha utilizado en la población comprendida entre 0 y 5 años.

Los análisis diferencian 4 áreas de desarrollo y de comportamiento: adaptación, motricidad fina y gruesa y lenguaje.

En la tabla 5.21, podemos observar los resultados en al área de *adaptación*. El 76% de casos reflejan puntuaciones medias adaptadas a su edad cronológica, mientras que un 24% aparecen con puntuaciones inferiores a la media. Este dato indica una deficiente capacidad para solucionar los problemas que se derivan de la vida cotidiana. Los niños que tienen problemas en esta área pueden verse limitados y con pocos recursos para desenvolverse en el día a día.

TABLA 5.21

Resultados de la evaluación del desarrollo de los menores con una edad de 5 años o inferior

	Adaptación		Motricidad gruesa		Motricidad fina		Lenguaje	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Media	46	61,3	49	65,3	52	69,3	52	69,3
Superior a la media	11	14,7	14	18,7	10	13,3	9	12
Inferior a la media	18	24	12	16	13	17,3	14	18,7
Total	75	100	75	100	75	100	75	100

La prueba también diferencia entre *motricidad gruesa* o global, referida a conjuntos posturales o locomoción, y *motricidad fina*, más centrada en la coordinación de movimientos óculo-manuales, como la prensión sobre objetos.

Por lo que respecta a las áreas de *motricidad fina* y *gruesa*, los resultados pueden observarse también en la tabla 5.21. En relación con la *motricidad fina*, el 82,67% de los menores aparecen con puntuaciones medias adaptadas a su edad cronológica, mientras que el 17,33% con puntuaciones inferiores a la media. En cuanto a la *motricidad gruesa*, el 84% de casos reflejan puntuaciones medias adaptadas a su edad cronológica y el 16% aparecen con puntuaciones inferiores a la media.

Finalmente, en el área del *lenguaje*, los resultados que muestra la tabla 5.21 indican que en el 81,34% de los casos tienen un desarrollo del lenguaje adecuado a su edad cronológica, mientras que en el 19% muestran puntuaciones inferiores a la media.

En general, en las diferentes áreas madurativas se constata que más de un 20% de la población evaluada manifiesta problemas generalizados en el desarrollo evolutivo (capacidad de adaptación ante las situaciones nuevas de la vida cotidiana, lenguaje y motricidad en su dimensión fina y gruesa).

Al preguntar a las madres por la evolución de los hijos, su opinión coincide con los resultados obtenidos en las pruebas.

d) Valoración psicológica de los menores evaluados

Se presentan a continuación los resultados obtenidos en las diferentes pruebas psicológicas aplicadas a los menores para evaluar el grado de autoconcepto, depresión, ira, agresividad, prosocialidad e inestabilidad emocional.

Para evaluar el grado de autoconcepto se han utilizado la *escala de autoconcepto de Piers-Harris* (1969), si el menor tenía 7 años o más, y la *escala de percepción de autoconcepto infantil de Villa y Azumendi* (1992), si la edad del menor era inferior a 7 años.

La *escala de autoconcepto de Piers-Harris* (1969) tiene como objetivo obtener información sobre la percepción que el niño tiene de sí mismo (autoconcepto global) y cómo valora diferentes aspectos de su forma de ser y su comportamiento según las siguientes dimensiones: la dimensión de *autoconcepto conductual* mide la percepción de comportarse de forma adecuada en diferentes situaciones; la dimensión de *autoconcepto intelectual* evalúa la percepción de competencia en situaciones escolares o en situaciones en las que se aprenden cosas nuevas; la dimensión de *autoconcepto físico* se centra en la percepción que el sujeto tiene sobre su apariencia y su competencia física; por su parte, la dimensión de *falta de ansiedad* mide la percepción de ausencia de problemas emocionales; el *autoconcepto social o popularidad* valora la percepción de éxito en las relaciones con los otros, y, por último, la dimensión de *felicidad-satisfacción* atiende a la dimensión de autoestima o del grado de satisfacción ante las características y circunstancias personales.

La tabla 5.22 muestra las puntuaciones directas y los percentiles correspondientes.

TABLA 5.22
Puntuaciones directas medias y puntuaciones percentiles de los niños mayores de 7 años

	N	PD Media	PC.
Autoconcepto conductual	17	12,88	20
Autoconcepto intelectual	17	11,82	35
Autoconcepto físico	17	9,06	40
Falta de ansiedad	17	6,12	25
Autoconcepto social o popularidad	17	9,59	25
Felicidad-satisfacción	17	6,35	10
Autoconcepto global	17	55,82	30

Hay 17 niños en los diferentes centros de acogida con una edad comprendida entre los 7 y los 16 años. En la tabla 5.22 podemos comprobar el bajo

percentil obtenido en la escala de *felicidad-satisfacción*, precisamente la escala que evalúa la dimensión de autoestima o del grado de satisfacción ante las características y circunstancias personales. Tal y como podemos comprobar en dicha tabla, las puntuaciones percentiles obtenidas por los menores evaluadas en todas las áreas de autoconcepto son en general muy bajas. A la dimensión de *felicidad-satisfacción* le sigue en orden descendente el *autoconcepto conductual*, que tiene que ver con la percepción que tienen los menores de comportarse de forma adecuada en diferentes situaciones. También han puntuado con un percentil bajo en la dimensión de *falta de ansiedad*, es decir, suelen percibir problemas emocionales, y en el *autoconcepto social o popularidad*, es decir, perciben poco éxito en las relaciones con los otros. La única dimensión que está cerca del percentil 50 es el *autoconcepto físico*, es decir, la percepción que el sujeto tiene sobre su apariencia y su competencia física.

La *escala de percepción de autoconcepto infantil de Villa y Azumendi* (1992) consiste en una prueba que evalúa el autoconcepto en niños de 5 a 6 años. Consta de 34 ítems, cada uno de los cuales consiste en un dibujo en el que hay un grupo de niños o niñas en una situación determinada (en el colegio, en un cumpleaños, etc.). Dentro de la escena, algunas de las figuras están realizando una actividad que podría ser calificada como representativa de un autoconcepto positivo y otra, u otras figuras, llevan a cabo la misma actividad pero en su matiz negativo.

La muestra de niños y niñas evaluados con esta escala ha sido de 17 menores. La puntuación media obtenida por éstos es de 106,65, con una desviación típica de 18,530 (ver tabla 5.23).

TABLA 5.23
Puntuación media, desviación típica y porcentaje de grupo de riesgo en el autoconcepto de menores de 7 años

	Variables psicológicas	Media	DT	Grupo de riesgo (en %)
<i>Autoconcepto</i> (Niños < 7 años)	Autoconcepto	106,65	18,530	17,6

También existe un 17,6% de menores con menos de 7 años que muestran un autoconcepto muy bajo. Es decir, tienen una imagen muy pobre de sí mismos y una baja satisfacción con lo que son y con lo que les acontece.

Se ha evaluado también el nivel de depresión que puedan manifestar los menores a través del *Child Depresión Inventory-Short* (CDI) de Kovacs (1992), adaptación española de Del Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón (1997). Está com-

puesto por 10 elementos, seleccionados por M. Kovacs como representativos y suficientes para cubrir los criterios diagnósticos que permitan una identificación de sintomatología depresiva.

La puntuación media obtenida por los menores evaluados es de 3,64, con una desviación típica de 3,128. Un 22% de los niños y niñas evaluados superan el punto de corte indicativo de una depresión. Este porcentaje casi triplica el de la población normal. Podemos comprobar cómo los menores evaluados puntúan significativamente más alto en esta escala, es decir, presentan una mayor sintomatología depresiva que los niños y niñas de los mismos rangos de edad.

La prosocialidad se ha evaluado a través del *Prosocial Behavior Scale* (CP) de Caprara y Pastorelli (1993), adaptación española de Del Barrio, Moreno y López (2001). Es una escala de 15 ítems que evalúa el comportamiento de ayuda, de confianza y de simpatía a través de tres alternativas de respuesta en función de la frecuencia con que se den cada una de las conductas descritas, por ejemplo: «ayudo a mis compañeros a hacer los deberes».

Para evaluar la agresividad se ha utilizado el *Physical and Verbal Aggression Scale* (AFV) de Caprara y Pastorelli (1993), adaptación española de Del Barrio, Moreno y López (2001). Se trata de una escala de 20 ítems que evalúa el comportamiento de hacer daño a otros física y verbalmente. El formato de respuesta es de tres alternativas (a menudo, algunas veces o nunca) según la frecuencia de aparición del comportamiento, por ejemplo, «pego patadas o puñetazos».

La inestabilidad emocional se ha evaluado a través del *Emotional Instability Scale* (IE) de Caprara y Pastorelli (1993), adaptación española de Del Barrio, Moreno y López (2001). Describe el comportamiento que indica una falta de autocontrol en situaciones sociales como resultado de la escasa capacidad para frenar la impulsividad y la emocionalidad. Incluye 20 ítems con tres alternativas de respuesta (a menudo, algunas veces o nunca), por ejemplo, «no puedo estar quieto/a».

Finalmente, el nivel de ira se ha evaluado con el *inventario de expresión de ira estado-rasgo* (STAXI) de Spielberger (1988), adaptación española de Del Barrio, Spielberger y Moscoso (1998). El instrumento contiene tres partes. Las dos primeras evalúan la ira como estado («estoy enfadado») y como rasgo («tengo un carácter fuerte»). La tercera describe el nivel de autocontrol y los mecanismos de afrontamiento (exteriorización o autocontrol) de los que dispone el sujeto en situaciones que provocan ira («si algo o alguien me molesta, lo digo»).

Los resultados obtenidos en las diferentes variables psicológicas evaluadas aparecen en la tabla 5.24:

TABLA 5.24
Puntuaciones medias en las diferentes variables psicológicas

	Media	Desv. típ.	% por encima o por debajo del punto de corte
Ira estado	11,67	5,774	8,3
Ira rasgo	16,08	3,370	8,3
Autocontrol ira	31,33	8,542	16,7
Exteriorización ira	15,58	4,010	25
Conducta prosocial	26,50	4,011	8,3
Inestabilidad emocional	25,58	5,534	25
Agresividad	18,25	6,355	8,3

Destaca el 25% de menores que puntúan por encima del punto de corte normativo en inestabilidad emocional y exteriorización de la ira, junto al casi 17% de menores que se encuentran por debajo en su capacidad de autocontrolar la ira, es decir, estas puntuaciones son indicativas de una falta de autocontrol en situaciones sociales como resultado de la escasa capacidad para frenar la impulsividad y la emocionalidad. Por tanto, se trata de menores que no disponen de mecanismos de afrontamiento de autocontrol ante situaciones sociales que provocan ira.

Así pues, los menores acogidos en los centros con sus madres, que han compartido los malos tratos hacia la madre o han sido observadores de la violencia hacia ella en el ámbito familiar, presentan, en porcentajes elevados, problemas en su autoconcepto, sintomatología depresiva, inestabilidad emocional, expresiones de ira como respuesta ante los conflictos y dificultades de autocontrol.

Los más pequeños muestran retraso en su desarrollo madurativo especialmente en el área adaptativa, que evalúa los recursos de los que dispone el menor para adaptarse a las situaciones nuevas en la vida cotidiana.

VI. ANÁLISIS DE LAS VALORACIONES DE LOS PROFESIONALES

Los profesionales que trabajan en los centros de servicios sociales especializados objeto de esta evaluación forman un colectivo de personas muy importante a la hora de definir estrategias de actuación por parte del Gobierno Valenciano, a través de la Dirección General de la Mujer y por la Igualdad de la Conselleria de Benestar Social. En este sentido, la opinión de los profesionales puede ser un referente fundamental para conocer el grado de aceptación y de acierto de las acciones implantadas hasta el momento, a la vez que puede constituir una guía que tener en cuenta para definir futuras líneas de actuación.

Para llevar a cabo un análisis detallado que parta de la opinión de los profesionales se ha elaborado un cuestionario *ex profeso* (ver anexo II) donde se les pide su opinión sobre cuestiones de funcionamiento interno relacionadas con los recursos materiales o personales y si estos recursos están en consonancia con las mujeres y sus hijos e hijas que se encuentran en los centros; o sobre las actividades desarrolladas en el centro y su grado de estimulación del buen hacer de los mismos profesionales; o si la organización interna permite relaciones fluidas entre las personas que viven en el interior de un centro, donde se incluyen, por tanto, no sólo los profesionales, sino también las mujeres y a sus hijos e hijas, dado que en una vivienda pueden llegar a convivir personas de diferente edad y problemática.

Igualmente, se ha recabado información sobre el problema que presentan las mujeres y los menores acogidos en los centros, así como el grado de adecuación del mismo problema a las características del centro; o si éste mejora durante su permanencia en el propio centro. Finalmente, se espera obtener datos sobre los puntos fuertes y los puntos débiles, así como sobre los problemas más frecuentes que presentan las mujeres y los menores acogidos en su seno.

La estructura del cuestionario es sencilla. Consta de 16 preguntas que tienen una parte cerrada de cuatro alternativas que reflejan un continuo que va desde «totalmente de acuerdo» a «totalmente en desacuerdo», seguida de una parte abierta en la que, con el epígrafe de «observaciones», los profesionales que lo deseen pueden completar la información relacionada con el ítem al que acompañan. Además, aparecen unas cuestiones que hacen referencia, por una parte, a las necesidades mejor atendidas y, por otra, a las peor atendidas. Estas últimas son, también, cerradas, dado que tienen que elegir de entre un listado reflejado en la encuesta las que consideren mejor o peor atendidas según el apartado. Finalmente, se ha considerado dejar un espacio para que puedan anotar cuantas observaciones consideren de interés y que no estén reflejadas en el conjunto del cuestionario.

La encuesta se ha mandado a todos los centros por correo atendiendo al siguiente procedimiento: de una parte, mantener el anonimato y, de otra, adjuntar el sobre con el sello y la dirección del remitente con la finalidad de facilitar la tarea.

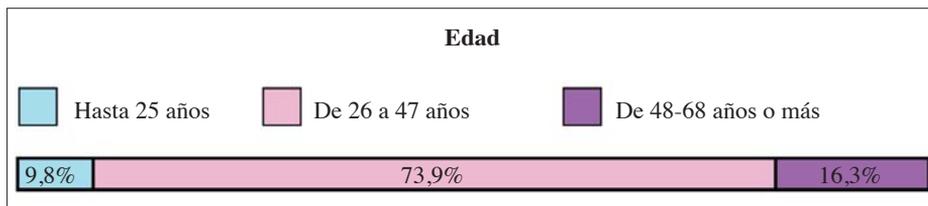
1. ANÁLISIS DE LOS DATOS GENERALES SOBRE LOS PROFESIONALES

La respuesta de los profesionales ha sido positiva. Se han recogido un total de 102 encuestas (de las 135 enviadas, 75,5%) procedentes de los diferentes centros de la Comunidad Valenciana, 50 de ellas se han remitido desde Alicante, 41 desde Valencia y 10 desde Castellón. Se puede considerar, por tanto, que la respuesta ha sido positiva y el grado de representatividad del sentir del colectivo suficiente, dado que supone el 75,5% de los profesionales que trabajan en todos los centros de servicios sociales especializados de la Comunidad Valenciana.

En cualquier caso, el análisis de los cuestionarios permite conocer, en primer lugar, el perfil del colectivo de profesionales que ha cumplimentado las encuestas en relación con la edad, el sexo, la titulación, el puesto que desempeñan y el tipo de relación contractual que mantienen con la empresa.

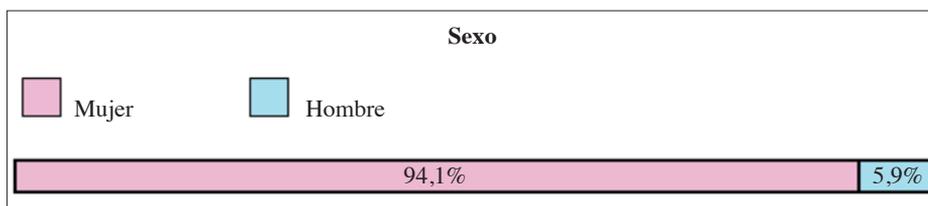
La gráfica 6.1 refleja la edad de los profesionales que han cumplimentado la encuesta. En ella puede observarse que el colectivo más numeroso tiene entre 26 y 47 años de edad (casi el 74%). Le sigue un porcentaje menor de personas que están entre 48 y 68 años (16,3%) y otro grupo de proporciones inferiores con menos de 25 años (no llega al 10%). Las pocas personas que tienen más de 65 años que están atendiendo los centros forman parte de las comunidades de religiosas que regentan algunos de los centros evaluados.

GRÁFICA 6.1
Edad de los profesionales de los Servicios Sociales Especializados



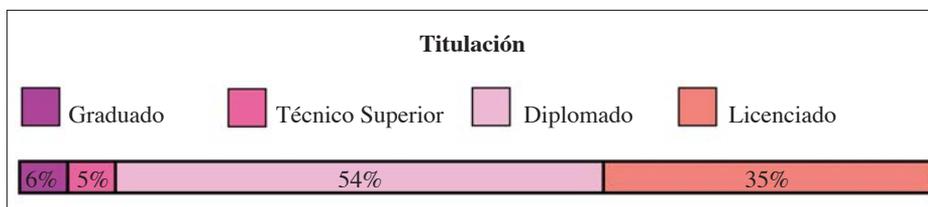
En su gran mayoría, los profesionales que atienden estos centros son mujeres. La gráfica 6.2 muestra que el colectivo de mujeres asciende a más del 94%, frente al casi 6% de hombres.

GRÁFICA 6.2
Sexo de los profesionales de los Servicios Sociales Especializados



Por su parte, la titulación académica de los profesionales de los que se ha podido recabar información confirma que una gran mayoría tienen la titulación universitaria, bien de diplomatura (54%), bien de licenciatura (35%), lo que supone entre ambos casi el 90%. Frente a este porcentaje, aparece un 6% que cuentan con estudios básicos y tienen la titulación de graduado y un 5% que tienen un título de formación profesional, de grado medio o superior.

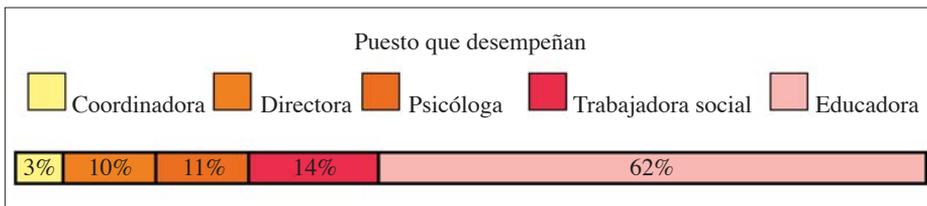
GRÁFICA 6.3
Titulación de los profesionales de los Servicios Sociales Especializados



Las viviendas precisan de personas que desempeñen la labor de coordinación o dirección, psicólogos y trabajadores sociales que lleven a cabo las terapias o los tratamientos necesarios además de labores de coordinación con otros recursos sociales para poder dar respuesta a las necesidades de las mujeres y los menores. Las necesidades de este colectivo de mujeres son muy amplias y variadas, por lo que los recursos también lo son. Así pues, pueden ser de tipo psicológico, educativo, sanitario, asistencial, de reinserción social, etc. Además, son necesarios educadores o personal de servicios, como cocineros y para el mantenimiento del centro.

En relación con la categoría profesional de los profesionales que han rellenado el cuestionario, la gráfica 6.4 muestra que hay una amplia mayoría que desempeñan las funciones de educadores (62%), dato que es congruente con la proporción de educadores contratadas en estos servicios. Para el buen funcionamiento los centros precisan personal de servicios que facilite el aseo y el adecentamiento del edificio.

GRÁFICA 6.4
Categoría profesional de los profesionales de los Servicios Sociales Especializados



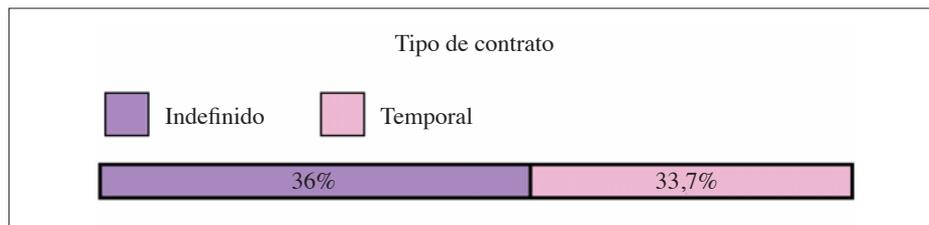
Asimismo, aparece un porcentaje bastante elevado de coordinadores o directores (entre ambos alcanzan el 13% del colectivo), lo que indica que prácticamente la totalidad de las personas que forman el grupo directivo ha cumplimentado el cuestionario. Por último, el conjunto de encuestas contestadas por psicólogos es del 11% y de trabajadores sociales del 14%. La cantidad de encuestas según la categoría profesional mantiene unos valores que son proporcionales con la fisonomía profesional del conjunto de las personas que trabajan en los Servicios Sociales Especializados de atención a la mujer víctima de malos tratos y/o exclusión social.

Por lo que se refiere a la relación contractual de los profesionales adscritos a estos servicios, cabe diferenciar, por una parte, el tipo de contrato, si es indefinido o temporal. Por otra, la duración de la jornada laboral.

En cuanto al primer criterio, referido al tipo de contrato –indefinido o temporal–, la gráfica 6.5 indica que la proporción está bastante más equilibrada de lo que en un principio se esperaba, aunque la cantidad de profesionales que sostiene una relación de contrato indefinido con la empresa es significativamente mayor.

GRÁFICA 6.5

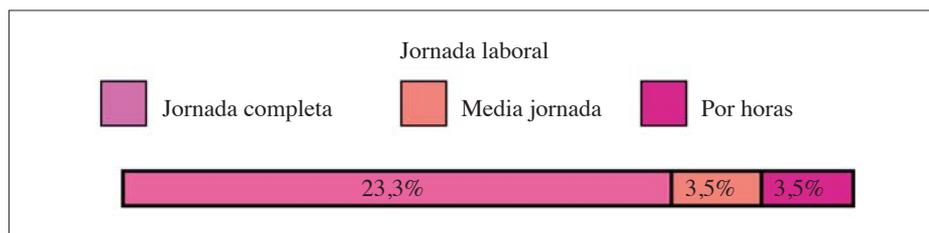
Tipo de contrato de los profesionales de los Servicios Sociales Especializados



Al dato anterior relacionado con el tipo de contrato cabe añadir la jornada laboral de los trabajadores.

GRÁFICA 6.6

Duración de la jornada laboral de los profesionales de los Servicios Sociales Especializados



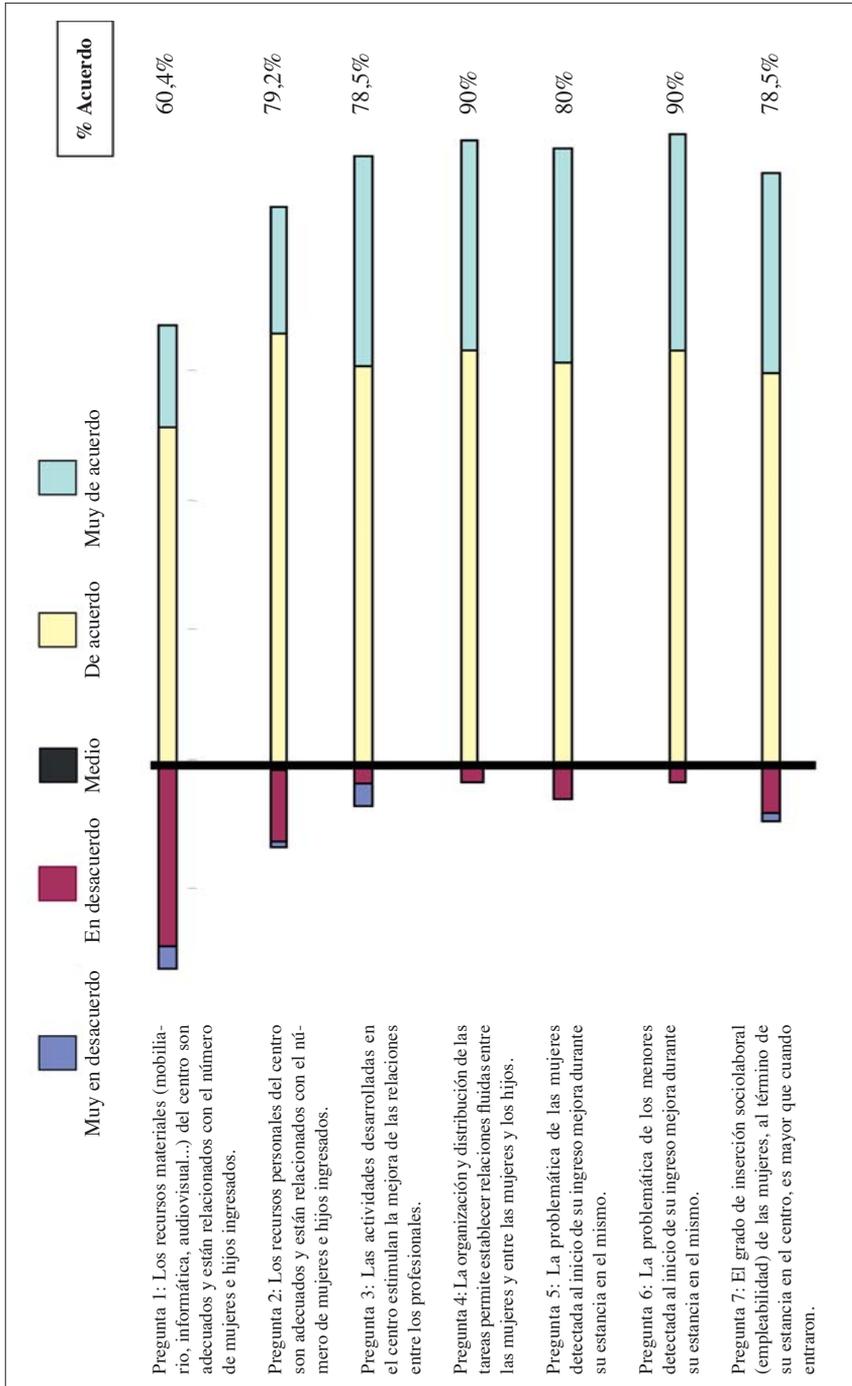
Tal y como podemos observar en la gráfica 6.6 la mayoría de los trabajadores (23,3%), con independencia de su categoría profesional, trabajan a jornada completa.

2. ANÁLISIS CUALITATIVO SOBRE LOS FACTORES VALORADOS POR LOS PROFESIONALES Y RELACIONADOS CON LA VIDA INTERNA Y ORGANIZATIVA DE LOS CENTROS

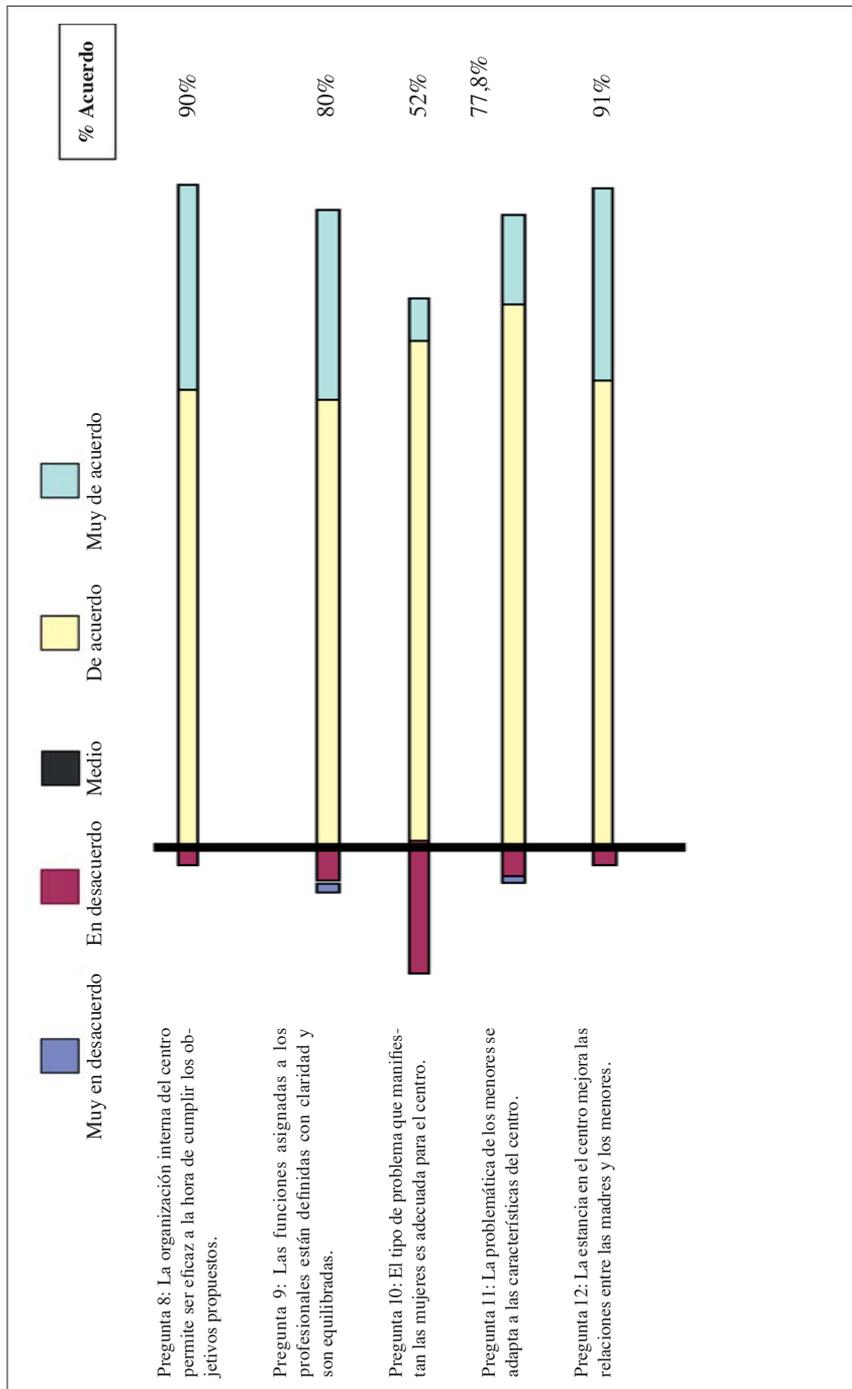
A continuación se procede a describir el análisis cualitativo obtenido a partir de las valoraciones y opiniones de los propios profesionales relativas a los diferentes factores relacionados con la vida interna y organizativa del centro.

Como aparece en la gráfica 6.7, los grados «de acuerdo» y «muy de acuerdo» que el colectivo manifiesta se sitúan en porcentajes que rondan el 90% en relación con la organización interna del centro y su grado de eficacia alcanzado. Igualmente se mantienen estas cifras porcentuales en la percepción que tienen sobre la mejoría de la problemática de las mujeres y de los menores durante su estancia, así como en las relaciones paterno-filiales.

GRÁFICA 6.7
Opinión sobre los diferentes factores relacionados con la vida interna organizativa del centro



GRÁFICA 6.7 (cont.)

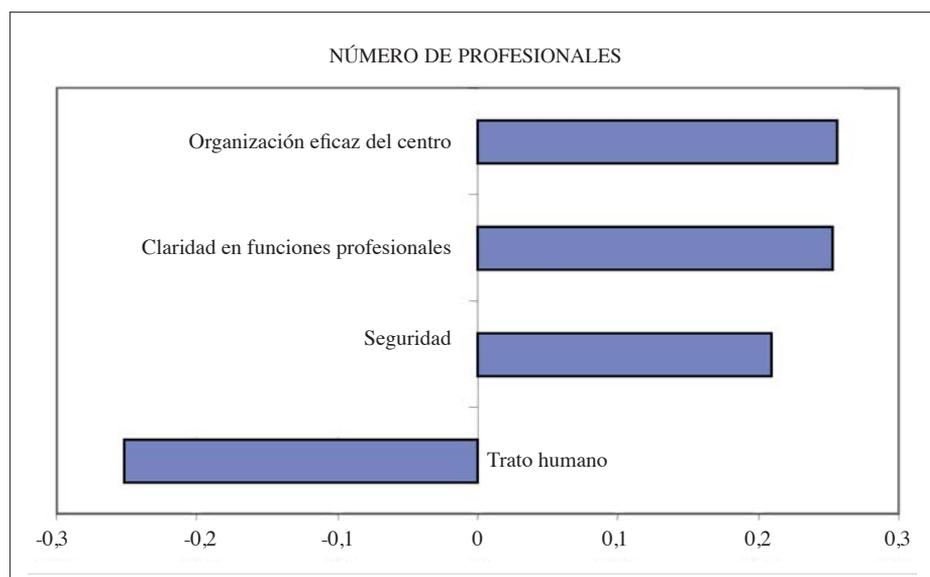


Los niveles «de acuerdo» o «muy de acuerdo» bajan ligeramente hasta alcanzar cifras que se sitúan entre el 52 y el 60% al opinar sobre la adecuación al centro del tipo de problema que manifiestan las mujeres (52%) o sobre los recursos materiales (mobiliario, edificio o informatización) y su grado de adaptación al número de mujeres y menores ingresados, que se sitúa en un 60,4%. En los restantes factores, como refleja la gráfica 6.7, las variaciones porcentuales se establecen entre el 77 y el 90%.

Si se analizan las relaciones entre el número de profesionales que trabajan en los centros y los factores contemplados en la encuesta de valoración cumplimentada por el colectivo, se observan, tal como aparece en la gráfica 6.8, relaciones significativas positivas –nivel de significatividad de 0,05– entre el número de profesionales reales y la percepción de organización eficaz interna, así como el grado de seguridad que aportan los centros y la claridad de las funciones asignadas a los profesionales.

GRÁFICA 6.8

Relaciones entre el número de profesionales reales de los centros y los factores valorados por ellos y relacionados con la vida interna y organizativa de los propios centros



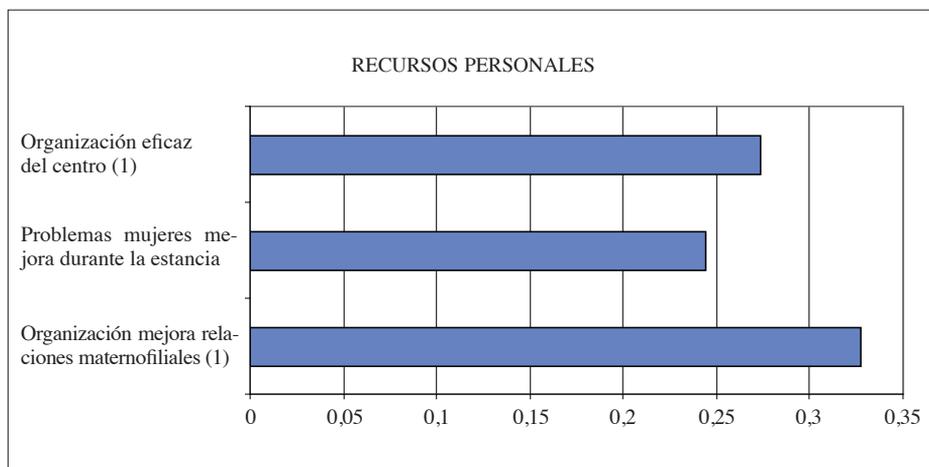
Sin embargo, se producen relaciones inversas y negativas con la valoración sobre la calidad de las relaciones y el trato humano entre los profesionales.

Asimismo, se han llevado a cabo análisis correlacionales entre los recursos personales y/o materiales del centro y los factores valorados por los mismos profesionales apuntados en la encuesta de valoración y mencionados anteriormente.

La gráfica 6.9 refleja los resultados obtenidos. En ella puede observarse que la variable «recursos personales» sólo establece relaciones significativas con los factores que hacen referencia a la organización eficaz del centro y a la mejora de las relaciones materno-filiales durante la estancia de ambos –madres y menores– (se obtienen correlaciones positivas de 0,27 y 0,33 respectivamente, ambas a un $p \geq 0,05$). Además, también alcanza esta variable una correlación significativa con la percepción de mejora de la problemática de las mujeres durante su estancia ($r = 0,24$; $p \geq 0,05$).

GRÁFICA 6.9

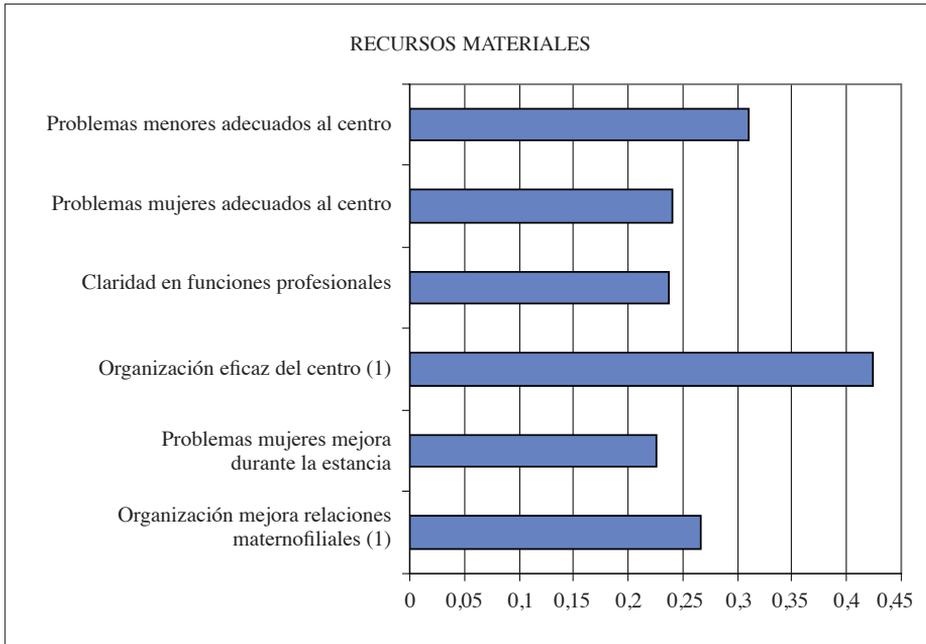
Relaciones entre los recursos personales de los centros y los factores valorados por los profesionales y relacionados con la vida interna y organizativa de los propios centros



Por lo que se refiere a los recursos materiales, la gráfica 6.10 muestra los resultados obtenidos a partir de las correlaciones que se han llevado a cabo entre esta variable –recursos materiales de los centros– y los mismos factores valorados por los propios profesionales.

GRÁFICA 6.10

Relaciones entre los recursos materiales de los centros y los factores valorados por los profesionales y relacionados con la vida interna y organizativa de los propios centros

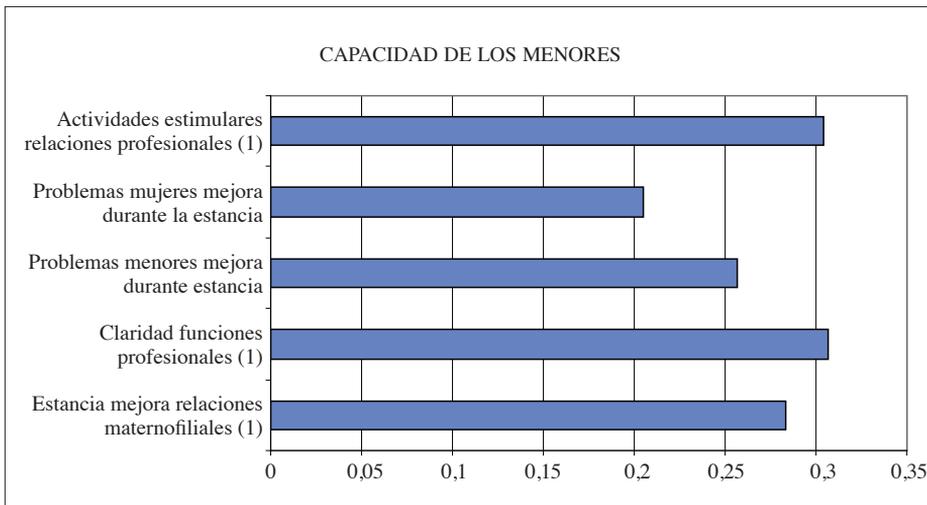


En la gráfica 6.10 se observa que los recursos materiales de los centros mantienen correlaciones directas y positivas con los factores relativos a la percepción de la *problemática de los menores* ($r = 0,31$; $p \geq 0,05$) y de las *mujeres* ($r = 0,24$; $p \geq 0,05$) y su grado de adecuación al centro. Igualmente, esta variable alcanza una correlación significativa con la *claridad en las funciones asignadas a los profesionales* ($r = 0,24$; $p \geq 0,05$), así como con la *organización eficaz del propio centro* ($r = 0,42$; $p \geq 0,05$). Además, se establecen relaciones significativas y positivas con la mejora de las *relaciones materno-filiales* ($r = 0,26$; $p \geq 0,05$) y la mejora de los *problemas de las mujeres durante su estancia* ($r = 0,22$; $p \geq 0,05$). De esta forma, se puede apuntar que una mejor dotación de recursos materiales, entre los que se incluye tanto el adecentamiento del edificio como la adecuación del mobiliario o la dotación de material técnico e informático adecuado y suficiente para llevar a cabo la labor de mantenimiento, sustento y formación de las mujeres y los menores que sufren violencia doméstica, se correlaciona directa y positivamente con todos los factores valorados por los profesionales relacionados con la vida interna y organizativa de los propios centros.

En cuanto a la variable «número de plazas de menores que tienen los centros» y su relación con los factores valorados por los profesionales, la gráfica 6.11 muestra los resultados obtenidos.

GRÁFICA 6.11

Relaciones entre la cantidad de plazas asignadas a menores en cada centro y los factores valorados por los profesionales y relacionados con la vida interna y organizativa de los mismos



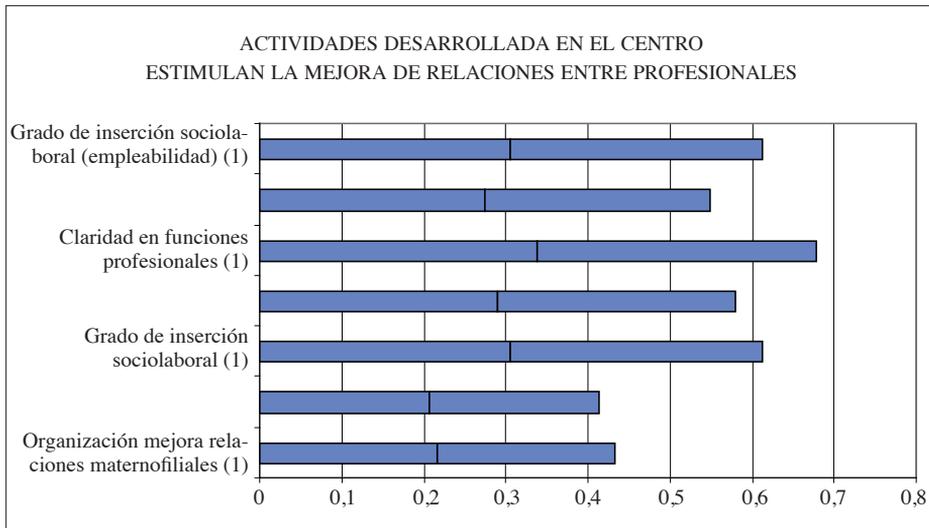
Los resultados correlacionales muestran relaciones significativas directas entre esta variable y la estimulación de las relaciones entre los profesionales debido, en parte, a las actividades que se desarrollan en su seno ($r = 0,31$; $p \geq 0,05$); o con la percepción de mejora de la problemática que presentan las mujeres ($r = 0,21$; $p \geq 0,05$); así como sus hijos e hijas ($r = 0,26$; $p \geq 0,05$); o con el tiempo de permanencia en el centro y el grado de mejora de las relaciones materno-filiales ($r = 0,28$; $p \geq 0,05$). Finalmente, se relaciona también con el grado de clarificación de las funciones asignadas a las profesionales ($r = 0,31$; $p \geq 0,05$). Todo esto puede indicar que el acogimiento de los menores que acompañan a sus madres en los centros se percibe positivamente y se considera que mejora las relaciones materno-filiales. Asimismo, el acogimiento de las madres con sus hijos e hijas ayuda a mejorar la problemática que manifiestan en el momento del ingreso en la vivienda tutelada (el centro).

Finalmente, se han obtenido correlaciones positivas y significativas, casi todas a nivel de 0,05, al relacionar la variable sobre si «las actividades desarrolladas en el centro mejoran las relaciones entre los profesionales» y los factores

valorados por los mismos profesionales, apuntados anteriormente. La gráfica 6.12 refleja esta situación.

GRÁFICA 6.12

Relaciones entre las actividades desarrolladas en el centro y el clima establecido entre los profesionales y los factores valorados por los profesionales y relacionados con la vida interna y organizativa de los mismos



La gráfica muestra que el clima de trabajo, que puede ser un reflejo de las actividades desarrolladas en el centro, mantiene conexiones significativas con varios factores implícitos en la encuesta de valoración dirigida al colectivo de profesionales. En la gráfica 6.12 puede verse que esta variable mantiene conexiones directas y positivas muy elevadas con la claridad de las funciones distribuidas entre los mismos profesionales ($r = 0,68$; $p \geq 0,05$); o con el grado de inserción sociolaboral o empleabilidad de las mujeres durante su permanencia en la vivienda ($r = 0,61$; $p \geq 0,05$). Igualmente, se han obtenido correlaciones positivas con la mejora de las relaciones materno-filiales durante el tiempo de permanencia en el centro, bien por la propia estancia ($r = 0,52$; $p \geq 0,05$), bien por la organización interna de las actividades desarrolladas en su seno ($r = 0,42$; $p \geq 0,05$). Finalmente, esta variable se relaciona, también, con la eficacia en la organización interna del propio centro ($r = 0,58$; $p \geq 0,05$). En este sentido puede apuntarse que un clima de trabajo adecuado mantiene conexiones positivas con la organización interna, con la clarificación de funciones asignadas a cada uno de los profesionales y con las actividades que se desarrollan en el propio centro.

Asimismo, se relaciona con el grado de inserción sociolaboral, con nivel de empleabilidad de las mujeres y con una mejora en las relaciones materno-filiales.

En relación con los problemas y las necesidades más frecuentes planteados por las mujeres que ingresan en los centros, cabe señalar que en torno al 90% consideran que los problemas sociales y psicológicos son los más comunes. Frente a estas variaciones porcentuales, casi el 33% consideran los problemas físicos (tabla 6.1). En el apartado de «otros» se han incluido los problemas de carácter afectivo, laboral o económico, que se han agrupado por la escasa incidencia manifestada.

Según la opinión manifestada por los profesionales, se observa que, en general, cada profesional le da más o menos importancia a los diferentes factores, los psicológicos casi siempre están presentes, también la falta de apoyo social, aislamiento por exclusión social, falta de recursos económicos, problemas para encontrar trabajo, etc.

TABLA 6.1
Problemas y necesidades más frecuentes planteados por los profesionales acerca de las mujeres que ingresan en el centro

	Físicos	Psicológicos	Sociales	Otros
Número	33	91	93	17
%	32,4	89,2	91,2	16,7

Por lo que respecta a la problemática manifestada por los menores que acompañan a sus madres, la tabla 6.2 muestra que, además de los problemas de índole psicológica y social, que afectan a un 65,7 y 53,95% respectivamente, se encuentran otros de tipo físico (24,5%) o afectivo (14,7%) y otros relacionados con la educación (12,7%). En este apartado, la categoría «otros» agrupa los factores relativos a la dejadez de la madre, agresividad o problemas graves de relaciones materno-filiales (tabla 6.2).

TABLA 6.2
Los problemas y las necesidades más frecuentes en los menores que ingresan en el centro

	Físicos	Psicológicos	Sociales	Educación	Afectivos	Otros
Número	25	67	55	13	15	3
%	24,5	65,7	53,9	12,7	14,7	2,9

En cualquier caso, cabe resaltar que, en general, uno de los problemas más acusados es el relacionado con la dejadez de las madres, donde se incluyen las deficientes relaciones materno-filiales (carencias afectivas), los problemas comportamentales y educativos, etc. En este sentido, puede apuntarse que la mayoría llegan a la vivienda sin escolarizar. Además, algunos menores han presenciado malos tratos y manifiestan conductas muy agresivas o de acusada rebeldía. A esto se añade que, en ocasiones, la influencia que ejercen las propias madres sobre los hijos conlleva vivir situaciones muy conflictivas y de difícil solución. Todo ello supone que es necesaria una actuación integral que contemple no sólo la problemática de las mujeres y de los hijos e hijas, sino también la conflictividad que se respira como consecuencia de la propia dinámica establecida en el seno de las relaciones materno-filiales, que puede estar viciada después de años de convivencia en un clima turbio.

Respecto a la evaluación del centro y de sus servicios por parte de los profesionales, en la misma encuesta a los profesionales se les preguntó sobre aquellas necesidades que consideraban mejor y peor atendidas en los centros en función de los servicios. Los resultados se muestran en la tabla 6.3.

TABLA 6.3
Satisfacción con las necesidades atendidas en los centros

	Bien		Mal		No se pronuncian	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Trato humano	84	86,6	1	1	12	12,4
Apoyo emocional	75	77,3	0	0	22	22,7
Comidas	57	58,8	10	10,3	30	30,9
Flexibilidad	45	46,4	11	11,3	41	42,3
Tiempo para estar con los hijos	36	37,1	17	17,5	44	45,4
Horarios	35	36,1	8	8,2	54	55,7
Seguridad	32	33	29	29,9	36	37,1
Trabajo	26	26,8	18	18,6	53	54,6
Instalaciones	24	24,7	44	45,4	29	29,9

Los profesionales destacan como puntos fuertes o como necesidades mejor atendidas el trato humano y el apoyo emocional. Les siguen las comidas y la flexibilidad. Destacan también, pero en sentido negativo, las instalaciones. Según su opinión, éstas son una de las necesidades peor atendidas. Este epígrafe contempla tanto las instalaciones materiales relacionadas con los edificios y mobiliario como los recursos informáticos y audiovisuales.

SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

La violencia de género ejercida contra las mujeres es considerada una pandemia mundial por su importancia y por la extensión geográfica que el problema comporta. Según datos apuntados por la OMS (2003), una de cada 5 mujeres afirma haber sido víctima de abusos sexuales en su infancia. Entre el 13% y el 6% de las mujeres dice haber sufrido agresiones físicas y entre el 6% y el 47% agresiones sexuales por parte de su pareja masculina en algún momento de su vida.

La violencia contra las mujeres en el ámbito familiar no es una cuestión biológica ni meramente circunscrita a lo doméstico. Antes bien se trata de una violencia individual ejercida en el entorno próximo familiar o de pareja por quien se define en la posición de superioridad. De esta forma se reconoce que tiene su origen en la estructura social de naturaleza patriarcal (Alberdi y Matas, 2002). Es considerada una forma de discriminación y, por tanto, una violación de los derechos humanos (Naciones Unidas, 2006). Dicha violencia se encuentra modulada por factores diversos de índole económica, social o cultural, como son la condición económica, la raza, la clase social, la edad, la discapacidad, la religión, las creencias asociadas a la cultura y la orientación sexual (Organización Mundial de la Salud, 2002, 2005).

En ocasiones la confusión de etiquetas, violencia de género-violencia doméstica, puede enmascarar el problema y llegar a ser una forma de perpetuar la larga y dilatada asistencia social a reconocer que el maltrato a la mujer sea una forma más de violencia (Maqueda, 2006). En cualquier caso, son significativas las recomendaciones que hacen los organismos oficiales, como la Declaración de las Naciones Unidas (2003, 2006), y el Parlamento Europeo (1997), por ejemplo, hacia la sociedad para sensibilizarla y concienciarla sobre la gravedad del problema y para que cambie de actitud hacia esta realidad social.

En el marco de la IV Conferencia Mundial sobre las mujeres celebrada en Beijing, 1995, se aprobaron dos documentos básicos: La Declaración Política y la Plataforma para la Acción. Esta conferencia marcó un hito importante en relación con la noción, conceptualización y definición de principios básicos de acción para atajar este problema. Y se dio un gran paso al defender que los derechos de las mujeres son derechos humanos (Dávila del Cerro, 2002).

Más recientemente, en 1997, en el seno del Parlamento Europeo se gestó la Campaña de Tolerancia Cero y el Programa DAPHNE con el objetivo de promover medidas de acción preventivas destinadas a erradicar la violencia infantil, juvenil y de las mujeres. Los posteriores Programas Daphne cuentan con presupuesto específico para impulsar iniciativas de los Estados miembros así como de las instituciones de su ámbito territorial y ya se encuentran en su tercera edición con la reciente publicación del Programa Daphne III para el periodo 2007-2013 (Diario Oficial de la Unión Europea de 3 de julio de 2007).

ESTUDIO Y EVALUACIÓN DE LAS MUJERES Y DE LOS MENORES ACOGIDOS EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS PARA MUJERES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

El estudio que se presenta nace con la finalidad de analizar las necesidades psicosociales de las mujeres que han sufrido maltrato y, así, poder definir líneas de acción de cara a mejorar su calidad de vida en la dimensión física, psicológica y social.

Este trabajo empírico persigue los siguientes *objetivos*:

1. Estudiar la evolución de la problemática en nuestra Comunidad en los últimos años, variables relacionadas, causas, perfil, prevalencia del maltrato.

2. Analizar la realidad psicosocial de la población afectada (mujeres y sus hijos) a partir de la experiencia de los profesionales y de la evaluación psicológica de las mujeres y sus hijos acogidos en los Centros de la Comunidad Valenciana.

Se trata de:

- Establecer un perfil psicosocial de las mujeres que han sufrido maltrato.
- Establecer un perfil psicosocial de sus hijos.
- Detectar los factores de riesgo que permitan una prevención secundaria.
- Analizar las necesidades psicológicas y de formación de la población evaluada para definir las líneas de intervención

- *Evolución de la población ingresada en los Centros de Servicios Sociales Especializados de la Comunidad Valenciana: 2001-2005*

En relación con el primer objetivo se ha analizado la evolución de las mujeres y los menores ingresados en estos Centros durante el quinquenio 2001-2005. En este periodo han ingresado un total de 2354 mujeres. De ellas el 31% tiene entre 20 y 30 años y el 12% tiene menos de 20 años –de este último porcentaje el 3% (69 mujeres) son menores de edad–. La mayoría (casi el 50%) no tienen pareja estable, son solteras (35%), separadas/divorciadas (13,3%) o viudas (1,2%). Un porcentaje inferior –en torno al 26%– conviven de forma más estable, bien estando casadas (22,5%) bien como parejas de hecho (3,5%). Del restante 25% no se tiene constancia de su estado civil.

La mayoría de las mujeres no tiene la titulación o los estudios básicos que le permita acceder a un mercado laboral cualificado. El 68% no tiene estudios primarios o, como mucho, tiene el título de Graduado (30,3%). El porcentaje con titulación media de Bachillerato o Formación Profesional supone sólo el 28,5%. En el lado opuesto aparece casi el 5% de las mujeres atendidas que cuentan en su haber con una titulación universitaria de diplomada o licenciada.

Esta situación se relaciona con la accesibilidad al mercado laboral y, a su vez, con la seguridad económica. En este orden casi el 17% de las mujeres tiene empleo y, de ellas, en el 7,1% media una relación contractual con el empresario/a, el resto tienen trabajo sin contrato laboral.

En cualquier caso, durante el período de permanencia en el Centro, más del 15% de las mujeres logra acceder al mercado de trabajo, lo que facilita unos mayores índices de reinserción e inclusión laboral.

En relación con el país de nacimiento, con los datos disponibles se observa que el 42% de las mujeres son españolas frente al 47% que son extranjeras. El resto 11% no se ha registrado este dato. Del colectivo de mujeres extranjeras, el 4,2% han nacido en países europeos comunitarios, de la Europa de los quince; el resto procede principalmente de países de la Europa del Este (28%), latinoamericanos (23%) y árabes (17%).

Por lo que se refiere a los menores residentes con sus madres, los Centros han acogido a un total de 1182 niños/as en el período que va de 2001 a 2005. Además, aparecen 130 mujeres en proceso de gestación que suelen estar ingresadas en ellos durante el primer año de desarrollo del niño, como promedio. Los datos registrados indican que el colectivo de menores ingresados se incrementa notablemente en los años 2004 y 2005. Este dato puede deberse simplemente a la forma de registro, más completa a partir de esta fecha.

La mayoría de las mujeres que ingresan con menores a su cargo lo hace con uno solo/sola (el 38,3%), casi el 15% ingresa con dos menores y sólo el 1% lo hace con tres o más hijos/as. En el lado opuesto, el 40,6% permanece ingresada sin hijos/as a su cargo.

- *Evaluación de las mujeres víctimas de malos tratos y/o con problemas de exclusión social*

Han participado 117 mujeres acogidas en 20 Centros de la Comunidad Valenciana (7 de Alicante, 11 de Valencia y 2 de Castellón), con un rango de edad entre 16 y 58 años. De ellas el 59% son solteras. Sólo el 19% están casadas. El 55% tienen un solo hijo/a, el 30,8% no tienen hijos/as y en torno al 15% tienen dos o más menores a su cargo.

En cuanto al nivel de estudios: más del 50% tiene estudios primarios, un 25% tienen el título de Bachiller o equivalente y casi un 11% de la muestra total han cursado estudios superiores.

Si se atiende al país de procedencia, el 40,3% de las mujeres son españolas y el resto son de Europa, Países del Este, América Latina, Países árabes y del África Subsahariana.

- *Resultados más relevantes relacionados con la evaluación de las mujeres*

En opinión de las propias mujeres evaluadas, los problemas más relevantes se relacionan con la *falta de trabajo* y su consecuencia lógica de dependencia económica y los *problemas emocionales*.

En relación con las características de la violencia, el 74% de la población ingresada por esta causa informa haber recibido simultáneamente maltrato físico y psicológico, durante un tiempo medio de 4,2 años, con un rango que oscila entre 1 mes y 29 años de convivencia con los malos tratos. Además, el 26% de las mujeres comunica que el agresor también maltrata a los menores. Y, en opinión de las propias mujeres, el 46% de los presuntos agresores tienen antecedentes de violencia con otras compañeras.

Los resultados de la evaluación muestran que las mujeres que se encuentran en los Servicios Sociales Especializados, bien sea por maltrato o por riesgo de exclusión social, presentan en porcentajes elevados:

- Un cuadro de ansiedad que requiere tratamiento psicológico (Estado de Ansiedad 49%).
- Síntomas de estrés postraumático:
 - Reexperimentación persistente de los acontecimientos vividos (51,9%).
 - Evitación de estímulos asociados al trauma (51,8%).
 - Aumento de la activación (dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, falta de concentración) (51,8%).
- Una falta de recursos psicológicos para afrontar la *crianza de los hijos*: percepción baja de apoyo en la crianza, poca satisfacción en la misma, poca capacidad para ejercer la disciplina con sus hijos y estimularles hacia la autonomía personal y una baja distribución de rol en las tareas domésticas.

Otra de las conclusiones del estudio se refiere a las características del Maltrato y la vinculación con el estado emocional de las mujeres. En este sentido, se ha observado que la experiencia de maltrato incrementa notablemente los índices de ansiedad y depresión, a la vez que disminuye la capacidad para comportarse de forma asertiva.

Asimismo, también es importante la duración del maltrato. Cuanto más se prolongue en el tiempo la experiencia de violencia mayores índices de irritabilidad y de estrés postraumático produce, junto con un incremento de las dificultades para abordar el problema. A esto se une una disminución en la capacidad para interactuar con los hijos/as, como consecuencia del propio estado emocional. La dependencia económica incrementa, igualmente, la activación emocional.

Si se trata de una primera convivencia los resultados muestran un mayor compromiso y esfuerzo por parte de las mujeres y el deseo de buscar relaciones sociales. Ante una convivencia inestable se tiende a ignorar el problema y a autoinculparse. Sin embargo, un incremento de los años de convivencia en esta situación produce una mayor necesidad de compartir las vivencias, una mayor preocupación por conocer opiniones de otras personas y contrastarlas.

Cuando la agresión va unida a abuso sexual disminuye notablemente la autoestima, y se incrementa la tendencia a negar o ignorar el problema y a tener una visión pesimista de sí misma y del futuro.

Por su parte el apoyo social constituye un factor de protección y de resiliencia ante las vivencias de maltrato y la forma en que influye en las personas que lo padecen. De esta manera se ha observado que la mujer que percibe apoyo familiar y social activa las ganas de compartir con los allegados su situación. El colectivo de mujeres que se siente apoyada manifiesta índices más elevados de

autoestima, tiene una visión más positiva de la vida y más capacidad para abordar el problema. A su vez, reduce la tendencia al aislamiento y mejora la disposición en el compromiso con la crianza. Cabe añadir que el apoyo afectivo incrementa la autoestima y la capacidad para afrontar el problema, así como disminuye las tendencias depresivas y de autoinculpación de estas mujeres.

Otra variable que ha resultado relevante es el apego y preocupación por el excompañero. Las mujeres que muestran un apego y preocupación por el excompañero manifiestan índices más elevados de ansiedad, depresión y mayor incapacidad para afrontar los problemas. Por el contrario, niveles bajos de apego aportan mayor autoestima y mayor compromiso en la crianza de los hijos, una visión menos negativa en general, bajan los sentimientos de culpa y los índices de estrés postraumático.

De este modo, los resultados obtenidos permiten delimitar los síntomas en los que las mujeres alcanzan puntuaciones extremas que las definen como grupo de riesgo de determinadas patologías. Asimismo indican la necesidad de ofrecer una atención especializada que les ayude a fortalecer sus capacidades para afrontar la decisión con valentía y puedan insertarse de forma plena en la sociedad.

- *Evaluación de los menores acogidos en los Centros de Servicios Sociales Especializados.*

En el estudio han participado 121 menores con un rango de edad entre 1 mes y 15 años. De ellos, 71 tienen de 0 a 3 años (59%), 21 tienen de 4 a 6 años (18%), 13 tienen de 7 a 9 años (11%) y 14 menores tienen entre 10 a 15 años (12%). Por su parte, el colectivo de menores que se encuentra en edad de escolarización el 69% cursa Educación Primaria, el 14% Educación Infantil y 17% la Educación Secundaria Obligatoria.

Por lo que se refiere a la profesión de los padres, el 44% de sus padres son *obreros especializados o semiespecializados* y un 4,25% tienen un nivel alto de formación (universitarios). El 13,5% están en paro y el 5% en prisión.

En relación con la convivencia se observa que un 24% de los menores ha vivido esta situación de conflictividad entre 1 mes y 1 año. Un 12% de los menores ha convivido en estas condiciones durante toda su vida, y algunos de ellos tenían 14 años en el momento de la evaluación. Además, en el 20% de los menores los problemas comienzan antes de su nacimiento; y en el casi 15% durante los dos primeros años de su vida.

Estas últimas cifras indican que casi el 35% de los menores evaluados convive con la violencia familiar durante los dos primeros años de vida que son fundamentales para un buen desarrollo personal y emocional. A esta penosa situación se añade que el 16% de las madres informa que han sufrido malos tratos durante el embarazo.

• *Resultados más relevantes relacionados con la evaluación de los/las menores*

La población evaluada manifiesta altos índices de problemas relacionados con la evolución y el desarrollo. Se ha observado que de los niños y niñas evaluados mayores de 6 años, el 37,5% padecen enuresis nocturna. Algunos de ellos tiene en la actualidad 13 años. Aparece, asimismo, una alta incidencia de los problemas de sueño (miedos, pesadillas, sueño agitado...) que afecta hasta casi en un 40% de los y las menores.

En relación con la ingesta, un 25% asegura que tienen dificultades a la hora de comer, especialmente durante los primeros meses de vida (problemas de succión, rigidez de la madre, relaciones tensas...).

Por lo que se refiere a las relaciones materno filiales y la crianza cabe resaltar que el método utilizado para eliminar las conductas difíciles de los menores, es el castigo físico o verbal en un 30% de los casos. Es significativo el alto porcentaje de casos (el 26%) que no utiliza ningún método para inculcar normas a sus hijos/as.

Si atendemos a la escolarización y el proceso de adaptación se observa que el 40% de la muestra de menores escolarizados precisa algún tipo de ayuda específica (seguimiento del proceso educativo y/o psicológico). El principal problema se centra en la falta de autonomía al enfrentarse a la tarea (64,5%) y en las serias dificultades de concentración (32,2%), lo que acrecienta las dificultades para superar con éxito las materias curriculares.

En la evaluación del desarrollo madurativo se han obtenido datos preocupantes que aconsejan una intervención. Entre éstos se encuentran los siguientes:

– El 24 % de los menores de edades inferiores a 5 años alcanzan puntuaciones por debajo de la media en el área adaptativa. Este dato indica una deficiente capacidad para solucionar los problemas que se derivan de la vida cotidiana. Los niños/as que tienen problemas en esta área pueden verse limitados y con pocos recursos para desenvolverse en el día a día.

– En general, en las diferentes áreas madurativas se constata que en más de un 20% se evalúan problemas generalizados en el desarrollo evolutivo (capacidad de adaptación, lenguaje y motricidad en su dimensión fina y gruesa).

La valoración psicológica, por su parte, muestra la presencia de serias dificultades para afrontar las situaciones cotidianas y resolver con presteza los problemas del día a día. Los principales resultados se sintetizan en:

– Problemas de autoconcepto/autoestima: la media del grupo no supera el percentil 10 en la escala de felicidad-satisfacción que indica el grado de satisfacción ante las características y circunstancias personales. No supera el percentil 25 en autoconcepto conductual (percepción que tienen los menores de comportarse de forma adecuada en diferentes situaciones), en falta de ansiedad (indica problemas emocionales) y autoconcepto social (perciben poco éxito en las relaciones con los otros).

– Depresión: un 22% de los niños/as superan el punto de corte indicativo de una depresión. Este porcentaje casi triplica al de la población normal.

– El 25% de los menores se sitúa por encima del punto de corte normativo en inestabilidad emocional y exteriorización de la ira como forma de respuesta en las relaciones interpersonales. En esta misma línea, se ha detectado que el 17% no dispone de mecanismos de afrontamiento que incluyen el autocontrol ante situaciones sociales que provocan ira.

Estos resultados ponen de manifiesto las dificultades por las que atraviesan estos menores y lo complicada que puede ser su vida en determinados momentos. Se hace precisa, pues, una atención profesionalizada y especializada dirigida no sólo a las madres sino también a los menores que apoye y favorezca el proceso de desarrollo de forma armónica e integral.

- *Evaluación de los Centros de Servicios Sociales Especializados a través de sus profesionales*

Por último se ha analizado la situación de los Centros desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en los mismos. La muestra recogida ha sido de 102 cuestionarios, lo que representa al 75,5% del colectivo de los profesionales que atienden los Centros de Servicios Sociales Especializados Mujer de la Comunidad Valenciana.

Según las opiniones recogidas se constata que este colectivo está de acuerdo o muy de acuerdo en aspectos relacionados con la vida interna y organizativa del

Centro como que la organización y distribución de tareas que «permite establecer relaciones fluidas entre las mujeres y entre éstas y sus hijos» (90%) o «ser eficaz a la hora de cumplir los objetivos» (90%). Igualmente piensan en una proporción elevada (90%) que la estancia de las mujeres y sus hijos/as en el Centro mejora las relaciones materno-filiales y, a su vez, mejora la problemática de los menores.

Asimismo, la capacidad real de los menores en el Centro guarda relaciones positivas y directas con una mejoría en las relaciones materno-filiales. También, y de acuerdo con la opinión de los mismos profesionales, se percibe una mejoría en los problemas detectados en las mujeres y en los niños/as que se van produciendo durante el tiempo de permanencia en el Centro. Todo esto se puede interpretar como que la convivencia materno-filial en el Centro mejora sustancialmente las relaciones que se establecen entre ambos. El acogimiento de los menores que acompañan a sus madres en los Centros se percibe positivamente y se considera que facilita las relaciones materno-filiales y les ayuda a mejorar en la problemática que manifiestan en el momento del ingreso en la vivienda tutelada.

En cuanto a la organización interna en el Centro, ésta parece estar relacionada con la eficacia a la hora de cumplir los objetivos y la asignación clara y equilibrada de las funciones distribuidas entre los mismos profesionales. Las actividades desarrolladas en el Centro mantienen conexiones directa y significativamente con las relaciones fluidas que se pueden establecer entre madres e hijos/as, una mejora en la problemática que las mujeres presentan al inicio de su ingreso, así como un mayor grado de inserción socio-laboral de las mismas.

Por otro lado, los resultados obtenidos permiten apuntar que una mejor dotación de recursos materiales, entre los que se incluye tanto el adecentamiento de infraestructuras físicas como la adecuación del mobiliario o la dotación de material técnico e informático adecuado y suficiente para llevar a cabo la labor de mantenimiento, sustento y formación de las mujeres y los menores que sufren violencia doméstica correlaciona directa y positivamente con todos los factores valorados por los profesionales y relacionados con la vida interna y organizativa de los propios Centros.

Además, un clima de trabajo adecuado mantiene conexiones positivas con la organización interna, con la clarificación de funciones asignadas a cada uno de las profesionales y con las actividades que se desarrollan en el propio Centro. Asimismo, se relaciona con el grado de inserción sociolaboral, nivel de empleabilidad de las mujeres, y con una mejora en las relaciones materno-filiales.

En cuanto a los problemas y necesidades detectados por los profesionales a cerca de los menores que ingresan en el Centro, cabe resaltar que, en general, uno de los problemas más acusados son los relacionados con la dejadez de las

madres, donde se incluyen dificultades para exteriorizar el afecto en las relaciones materno-filiales, problemas comportamentales y educativos, etc. Además, algunos menores han presenciado malos tratos y violencia, por lo que manifiestan conductas muy agresivas o de acusada rebeldía.

Los profesionales destacan como puntos fuertes o como necesidades mejor atendidas, el trato humano y el apoyo emocional. Manifiestan un alto nivel de acuerdo con el funcionamiento y la eficacia de los Centros. Sin embargo, muestran mayor desacuerdo en la adecuación de la problemática de las mujeres a las características del Centro, así como, en la disposición de materiales (mobiliario y edificio). Este dato apunta a la conveniencia de una especialización de los Centros según la problemática de las mujeres, con la finalidad de ajustar los programas de intervención.

Por otra parte, los profesionales opinan que los Centros tienen una buena organización y esto repercute significativamente tanto en la superación de la problemática atendida en madres e hijos/as, como en la mejora de las relaciones materno-filiales.

En definitiva, el diseño de un programa de intervención y actuación debería tomar en consideración el conjunto de estos resultados, atendiendo tanto a la información obtenida a partir de la evaluación del colectivo de mujeres y los menores ingresados en los Centros de Servicios Especializados Mujer de nuestra Comunidad, como de las conclusiones derivadas de la valoración de los profesionales sobre los recursos y el grado de eficacia de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERDI, I. y N. MATAS (2002): *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a las mujeres en España*, Barcelona, Colección Estudios Sociales, Fundación La Caixa.
- AMOR, P. J., E. ECHEBURÚA, P. CORRAL, I. ZIBIZARRETA y B. SARASUA (2002): «Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica de la mujer en función de la circunstancia del maltrato», *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (2), pp. 227-246.
- ARMSTRONG, J. (2001): «Prevalence and incidence of domestic violence in an ambulatory gynecology population and associated risk factors», *Obstetric gynecology*, 97, 4 (Sup. 1), p. 54.
- BANDURA, A. (1999): «Moral disengagement in the perpetration of inhumanities», *Personality and social Psychology Review*, 3, pp. 193-209.
- BAREA, C. (2006): *Manual para mujeres maltratadas (que quieren dejar de serlo)*, Barcelona, Océano, S. L.
- BARNOWS, S., M. LUCHT y H. J. FREYBERGER (2001): «Influence of punishment, emotional rejection, child abuse and broken home on aggression in adolescence: an examination of aggressive adolescents in Germany», *Psychopathology*, 34 (4), pp. 167-173.
- BECK, A. T., A. J. RUSH, B. F. SHAW y G. EMERY (1979): *Cognitive Therapy of depression*, Nueva York, Guilford Press.
- BEJERANO GUERRA, F. (2001): *Conceptos y aspectos penales de la violencia doméstica*. Comunicación presentada en las Jornadas contra la violencia doméstica organizadas por el Instituto Navarro de la Mujer, Pamplona, noviembre del 2001.
- BINSTOCK, H. (1998): *Violencia en la pareja. Tratamiento legal. Evolución y balance*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, Santiago de Chile.

- BUKA, S. L., T. L. STICHICK, I. BIRDTHISTLE y F. J. EARLS (2001): «Youth exposure to violence: prevalence, risks and consequences», *American Journal Orthopsychiatry*, 71, pp. 298-310.
- CAPRARA, G. V. y C. PASTORELLI (1993): «Early emotional instability, prosocial behavior, and aggression: some methodological aspects», *European Journal of Personality*, 7, pp. 19-36.
- CAPRARA, G. V. y P. G. ZIMBARDO (1996): «Aggregation and amplification of marginal deviations in the social construction of personality and maladjustment», *European Journal of Personality*, 10, pp. 79-110.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (CIS) (2004): Barómetro de marzo, Estudio n.º 2.558, marzo del 2004.
- CENTRO REINA SOFÍA PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA (2000): *La violencia doméstica*, en línea <www.gva.es/violencia/ors/ors>.
- CHERMACK, S. T., B. E. FULLER y F. C. BLOW (2000): «Predictors of expressed partner and non-partner violence among patients in substance abuse treatment», *Drug Alcohol Depend*, 58 (1-2), pp. 43-54.
- COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL ACUERDO INTERINSTITUCIONAL (2005): *La violencia contra las mujeres*, Propuestas terminológicas, 25 de noviembre del 2005.
- DAVIDSON, J. R. T., S. K. BOOK, J. T. COLKET, L. A. TUPLER, S. ROTH, D. DAVID *et al.* (1997): «Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder», *Psychological Medicine*, 27, pp. 153-160.
- DÁVILA DEL CERRO, P. (2001): «Mujeres en el año 200: igualdad, desarrollo y paz en el siglo XXI», *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 3D, pp. 113-121.
- DEL BARRIO, V., C. MORENO y R. LÓPEZ (2001): «Evaluación de la agresión e inestabilidad emocional en niños españoles y su relación con la depresión», *Clínica y Salud*, 13, pp. 33-50.
- DEL BARRIO, V., C. SPIELBERGER y M. MOSCOSO (1998): «Evaluación de la experiencia, expresión y control de la ira en niños», II Congreso Iberoamericano de Psicología, Madrid, julio, CD.
- DELSOL, C. y G. MARGOLIN (2004): «The role of family-of-origin violence in men's marital violence perpetration», *Clinical psychology Review*, 24, pp. 99-122.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (2002): *Prevenir la violencia contra las mujeres: construyendo la igualdad. Programa para Educación Secundaria*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer.

- DÍAZ-AGUADO, M. J. y R. Martínez Arias (2002): *Guía de buenas prácticas para paliar los efectos de la violencia contra las mujeres y conseguir su erradicación*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer.
- DUTTON, D. G. y P. R. KRO (2000): «A review of domestic violence risk instruments», *Trauma, Violence and Abuse*, 1 (2), pp. 171-181.
- ECHEBURÚA, E. y P. CORRAL (1998): *Manual de violencia familiar*, Madrid, Siglo XXI.
- ENGLE, P. A., S. CASTLE y P. MENON (1996): «Child Development: vulnerability and resilience», *Social Science Medical*, 43, pp. 621-635.
- GERARD, A. B. Ph. D. (1994): *Parent-child relationship inventory*, Los Ángeles, California, Westerns Psychological Services (WPS).
- GESELL, A. y C. AMATRUDA (1981): *Evaluación y manejo del desarrollo neuropsicológico normal y anormal del niño pequeño y preescolar*, Barcelona, Paidós.
- GOLDBERG, D. (1972): *The Detection of Psychiatric Illnes by Questionnaire*, Windsor, National Foundation for Educational Research.
- GOLDBERG, D. (1978): *Manual for the General Health Questionnaire*, Windsor, National Foundation for Educational Research.
- HEISE, L., M. ELLSBERG y M. GOTTEMOELLER (1999): «Endong volence against women», *Population Reports*, serie L, n.º 11, Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, en línea <www.inforfor-health.org/pr/11ledsum.html>.
- HERMAN, J. L. (1998): «Recovery from psychological trauma», *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 52, pp. 145-150.
- HERNÁNDEZ, M. J., J. SEPÚLVEDA y E. SOLER (2001): «Embarazo, maternidad y malos tratos: Una revisión biográfica», *Información psicológica*, 75.
- HIRIGOYEN, M. F. (2006): *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*, Barcelona, Paidós.
- HOFFMAN, K. L., D. H. DEMO y J. N. EDWARDS (1994): «Pchysical wife abuse in a non-western society: An integrated theoretical aroach», *Journal of Marriage and the Family*, 56, pp. 131-146.
- HOLLINGSHEAD, A. A. (1975): *Five factors index of social position*, manuscrito inédito, New Havent CT, Yale University.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2005): en línea <www.ine.es>.
- KITSON, G. C. (1982): «Attachment to the spouse in divorce: a scale and its application», *Journal of Marriage and the Family*, 44, pp. 379-393.

- KOVACS, M. (1992): *Children's Depression Inventory. CDI Manual*, Nueva York, Multi-Health Systems, adaptación española: Del Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón (1997): Madrid, UNED.
- KYRIACON, D. N., D. ANGLIN, E. TALIAFERRO, S. STONE, T. TUBB, J. A. LINDEN, R. MUELLE-MAN, E. BARTON y J. F. GRAUS (1999): «Risk factors for injury to women from domestic violence against women. New England», *Journal of Medicine*, 341 (25), pp. 1892-1898.
- LAIZGOITIA, I. (2006): «La violencia también es un problema de salud pública», *Gaceta Sanitaria*, 20 (suplemento), pp. 63-70.
- LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, BOE n.º 313 de 29 diciembre del 2004.
- MAQUEDA, M. L. (2006): «La violencia de género. Entre el concepto jurídico y la realidad social», *Revista electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 08-02, pp. 1-13.
- MASHETER, C. (1997): «Healthy and unhealthy friendship and hostility between ex-spouses», *Journal of Marriage and the Family*, 59, pp. 463-475.
- MCGRUDER-JOHNSON, A. K., E. S. DAVIDSON, D. H. GLEAUVES, W. STOCK y J. F. FINCH (2000): «Interpersonal violence and posttraumatic symptomatology. The effects of ethnicity, gender, and exposure to violent events», *Journals of Interpersonal Violence*, 15, pp. 205-221.
- MEDINA, J. (2002): *Violencia contra la mujer en la pareja: investigación comparada y situación en España*, Valencia, Tirant lo Blanch.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2004): en línea <<http://www.mtas.es>>.
- (2007): «Contra la violencia de género», *Boletín estadístico*, <www.mtas.es/igualdad/DelegacionGobViol/index.html>.
- NACIONES UNIDAS (1993): Declaración y Programa de Acción de Viena, aprobada por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 25 de junio de 1993. ONU. Doc. A/CONF. 157/23.
- (1995): *Preliminary Report on Violence Against Women* (E/CN4/1995/42), Documento 115, Ginebra.
- (1995): Resolución 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.
- (2001): Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Vietnam. 31/07/2001. A/56/38 paras, pp. 232-276. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.
- (2003): Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer 48/104 de 20 de diciembre del 2003.
- Asamblea General. A/61/122/Add.1.

- NOELL, J., P. P. ROHDE, J. SEELY y L. OCHS (2001): «Childhood sexual abuse, adolescent sexual coercion and sexually transmitted infection acquisition among homeless female adolescents», *Child Abuse Neglig*, 25, 1, pp. 137-148.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002): *Guide to United Nations resources and activities for the prevention of the interpersonal violence*, Ginebra.
- (2002): *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*, Ginebra.
- (2003): *Aplicación de las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 56, Asamblea Mundial de la Salud A56/24, 3 de marzo del 2003.
- (2005): *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health outcomes and women's Responses*, Ginebra, WHO.
- PARKES, C. M. (1972): *Bereavement: Studies of grief in adult life*, Nueva York, International Universities Press.
- PARLAMENTO EUROPEO (1997): Resolución de 17 de septiembre de 1997 sobre la campaña europea de Tolerancia Cero.
- PIERS, E. y D. HARRIS (1969): *The Piers-Harris children's self-concept scale: Manual*. Nashville, Tenn., Counsellor Recording and Test.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2004): Informe académico sobre la expresión violencia de género, *Panace@*, 5 (16), junio del 2004, en línea <www.rae.es>.
- RODRÍGUEZ, E., K. E. LASCH, P. CHANDRA y J. LEE (2001): «Family violence, employment status, welfare benefits, and alcohol drinking in the United States: what is the relation?», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (3), pp. 172-178.
- ROSENBERG, M. (1965): *Society and the adolescent self image*, Princeton, Princeton University Press.
- ROTHERNBERG, B. (2003): «We don't have time for social change. Cultural compromise and the battered woman syndrome», *Gender of Society*, 17, pp. 771-787.
- RUIZ PÉREZ, I., P. G. BLANCO PRIETO y C. VIVES CASES (2004): «Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias», *Gaceta Sanitaria*, 18, pp. 4-12.
- SARASUA, B. e I. ZUBIZARRETA (2000): *Violencia en la pareja*, Málaga, Aljibe.
- SEPÚLVEDA, J. (2004): *Estudio de los factores que favorecen la continuidad en el maltrato de la mujer*, Universidad de Valencia, tesis doctoral.

- SOLER, E, P. BARRETO y R. GONZÁLEZ (2005): «Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual», *Psicothema*, 17 (2), pp. 267-274.
- SPIELBERGER, C. D. (1988): *Manual for the State-Trait Ager Expression Inventory*, Odessa, F.L., Psychological Assessment Resources.
- SPIELBERGER, C. D., R. L. GORSUCH y R. E. LUSHENE (1970): *State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*, California, Consulting Psychologists Press, adaptación española: Madrid, TEA Ediciones S. A., 2002.
- STEIN, M. B. y C. KENNEDY (2001): «Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female partner violence», *Journal of Affective Disorders*, 66, pp. 133-138.
- VILLA, A. y E. AZUMENDI (1992): *Medición del autoconcepto en la edad infantil*, Bilbao, Mensajero.
- VILLAVICENCIO, P. (1999): *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer.
- WOLFE, D. A., K. SOCOTT, C. WERVERBE y A. L. PITTMAN (2001): «Child maltreatment risk of adjustment problems and dating violence in adolescence», *Journal American Acad Child Adolescence Psychiatry*, 40 (3), pp. 282-289.

ANEXOS

I. DATOS ESTADÍSTICOS DE LA RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE MALTRATO Y EL ESTADO PSICOLÓGICO DE LA MUJER

Datos estadísticos (significativos estadísticamente) de los resultados que aparecen en el apartado *d) Relación entre las variables de maltrato y la sintomatología psicopatológica presente.*

1. Características del maltrato

¿Has sufrido antes maltrato? 1. Sí 2. No					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Ansiedad estado	Sí	33	30,67	13,54	F = 4,85; p < 0,05
	No	39	22,97	15,72	1 > 2
Ansiedad rasgo	Sí	33	34,36	11,13	F = 4,46; p < 0,05
	No	39	28,64	11,73	1 > 2
Visión del mundo	Sí	33	30,42	7,72	F = 8,09; p < 0,01
	No	39	25,21	7,79	1 > 2
Visión del futuro	Sí	33	22,58	9,01	F = 5,67; p < 0,05
	No	39	18,13	6,98	1 > 2
Visión total	Sí	33	77,21	23,36	F = 7,35; p < 0,01
	No	39	63,90	18,29	1 > 2
Depresión	Sí	33	21,24	13,94	F = 9,64; p < 0,01
	No	37	12,51	9,36	1 > 2
Asertividad	Sí	33	-6,67	29,68	F = 8,03; p < 0,01
	No	39	10,31	20,95	1 < 2

Duración del maltrato					
1. Hasta 4 años					
2. De 4 a 10 años					
3. Más de 10 años					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Escala de humor irritable	1	48	5,83	3,745	F = 4,31; p < 0,05 3 > 1,2
	2	13	4,85	3,13	
	3	9	9,33	4,15	
Compromiso	1	37	19,65	3,49	F = 4,53; p < 0,05 3 < 1,2
	2	12	19,67	3,50	
	3	8	15,50	4,34	
Resolver el problema	1	46	12,73	2,35	F = 4,39; p < 0,05 3 < 1,2
	2	13	13,31	2,75	
	3	8	10	3,93	
Reexperimentación	1	47	9,53	6,24	F = 4,72; p < 0,05 3 > 1
	2	13	12,92	5,79	
	3	9	15,67	5,24	
Evitación	1	47	10,47	7,74	F = 5,37; p < 0,01 3 > 1
	2	13	15,77	5,15	
	3	9	17,33	5,66	
Global	1	47	29,57	18,39	F = 5,09; p < 0,01 3 > 1
	2	13	39,31	14,81	
	3	9	48	13,93	

¿Has sufrido antes abuso sexual? 1. Sí 2. No					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Escala de ansiedad	Sí	18	12,28	5,14	F = 3,97; p < 0,05
	No	55	8,87	6,61	1 > 2
Visión del mundo	Sí	18	31,72	8,65	F = 5,97; p < 0,05
	No	55	26,47	7,66	1 > 2
Visión de sí mismo	Sí	18	26,22	10,05	F = 5,28; p < 0,05
	No	55	21,11	7,51	1 > 2
Visión del futuro	Sí	18	24,17	8,10	F = 7,79; p < 0,01
	No	55	18,64	7,02	1 > 2
Visión total	Sí	18	82,11	23,06	F = 8,89; p < 0,05
	No	55	66,22	18,41	1 > 2
Resolver el problema	Sí	18	11,61	3,26	F = 4,36; p < 0,01
	No	54	13,02	2,17	1 < 2
Preocuparse	Sí	18	11,33	2,83	F = 8,54; p < 0,01
	No	54	13,26	2,27	1 < 2
Ignorar el problema	Sí	18	5,06	2,41	F = 6,88; p < 0,05
	No	54	3,54	2,02	1 > 2
Fijarse en lo positivo	Sí	18	9,11	3,79	F = 7,75; p < 0,01
	No	54	11,22	2,38	1 < 2
Autoestima	Sí	18	28,28	8,10	F = 5,34; p < 0,05
	No	55	32,73	6,74	1 < 2
Asertividad	Sí	18	-11,33	33,52	F = 5,16; p < 0,05
	No	55	4,91	23,62	1 < 2

¿Es primera convivencia? 1. Sí 2. No					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Invertir en amigos íntimos	Sí	37	8,43	3,26	F = 11,32; p < 0,01 1 > 2
	No	34	6,00	2,78	
Buscar pertenencia	Sí	37	11,22	3,19	F = 4,23; p < 0,05 1 > 2
	No	34	9,59	3,47	

Tipo de convivencia 1. Continua y estable 2. Inestable y a temporadas					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Ignorar el problema	1	57	3,63	2,06	F = 6,28; p < 0,05 1 < 2
	2	15	5,20	2,51	
Autoinculparse	1	57	5,19	2,94	F = 6,27; p < 0,05 1 < 2
	2	15	7,27	2,49	

Años de convivencia 1. Hasta 5,2 años 2. De 5,3 a 11,4 años 3. Más de 11,5 años					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Buscar pertenencia	1	49	10,02	3,38	F = 4,00; p < 0,05 3 > 1,2
	2	14	9,86	3,18	
	3	10	13,13	2,51	
Acción social	1	49	4,37	2,49	F = 6,86; p < 0,01 3 > 1,2
	2	14	4,79	2,78	
	3	10	7,70	2,87	

¿Ha habido rupturas anteriores? 1. Sí 2. No					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Comunicación	Sí	36	32,08	4,31	F = 4,98; p < 0,05
	No	24	29,29	5,34	1 > 2

Dependencia económica del agresor 1. Sí 2. No					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Acción social	Sí	17	5,94	2,25	F = 4,17; p < 0,05
	No	57	4,44	2,79	1 > 2
Buscar ayuda profesional	Sí	17	8,41	2,50	F = 4,61; p < 0,05
	No	57	6,63	3,13	1 > 2
Satisfacción con la crianza	Sí	16	18,81	3,51	F = 7,28; p < 0,01
	No	44	21,11	2,69	1 < 2
Disciplina	Sí	16	14,25	3,521	F = 4,19; p < 0,05
	No	44	16,84	4,59	1 < 2
Activación	Sí	17	13,00	5,98	F = 4,55; p < 0,05
	No	57	9,18	6,63	1 > 2

Permanencia en el Centro actual					
1. Hasta 32 días					
2. De 33 a 180 días					
3. De 181 a 515 días					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Escala de ansiedad	1	37	10,27	6,51	F = 4,48; p < 0,05
	2	41	10,46	6,96	
	3	16	5,13	4,13	
Ansiedad rasgo	1	37	31,46	12,25	F = 3,30; p < 0,05
	2	40	31,13	11,36	
	3	16	23,31	8,52	
Satisfacción con la crianza	1	31	20,74	2,52	F = 3,23; p < 0,05
	2	32	18,41	4,48	
	3	15	19,00	4,05	
Esforzarse	1	36	11,94	2,84	F = 3,69; p < 0,05
	2	41	12,27	2,19	
	3	16	10,19	3,19	

2. Familia extensa y entorno

¿Conoce alguien de su familia su situación? 1. Sí					
2. No					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Compromiso	Sí	53	19,81	3,24	F = 15,51; p < 0,01
	No	7	14,43	4,61	
Disciplina	Sí	53	16,81	4,06	F = 11,16; p < 0,01
	No	7	11,29	4,54	
Autoestima	Sí	64	32,20	6,94	F = 6,19; p < 0,05
	No	11	26,36	8,59	

¿Conoce alguien de su entorno las agresiones? 1. Sí 2. No					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Visión total	Sí	52	67,98	20,85	F = 4,61; p < 0,05
	No	19	80,05	21,36	1 < 2
Resolver el problema	Sí	51	13,04	2,49	F = 6,93; p < 0,05
	No	19	11,11	3,31	1 > 2
Invertir en amigos íntimos	Sí	51	7,90	3,01	F = 6,49; p < 0,05
	No	19	5,79	3,29	1 > 2
Reservarlo para sí	Sí	51	9,29	3,88	F = 4,20; p < 0,05
	No	19	11,32	3,00	1 < 2
Autoestima	Sí	52	32,73	6,48	F = 6,49; p < 0,05
	No	19	27,79	9,03	1 > 2

¿Tiene apoyo afectivo de su familia? 1. Sí 2. No					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Visión del mundo	Sí	51	26,24	8,03	F = 6,29; p < 0,05
	No	23	31,22	7,62	1 < 2
Visión total	Sí	51	66,78	19,08	F = 5,04; p < 0,05
	No	23	78,57	24,53	1 < 2
Disciplina	Sí	40	16,93	4,09	F = 5,20; p < 0,05
	No	19	14,21	4,63	1 > 2
Deseabilidad social	Sí	40	9,50	2,94	F = 6,66; p < 0,05
	No	19	11,53	2,52	1 < 2
Depresión	Sí	49	15,43	11,20	F = 5,55; p < 0,05
	No	23	21,61	13,24	1 < 2
Apoyo social	Sí	50	11,36	3,38	F = 9,72; p < 0,01
	No	23	8,61	3,75	1 > 2

Falta de afrontamiento	Sí	50	6,34	3,27	F = 9,18; p < 0,01
	No	23	8,78	3,029	1 < 2
Autoinculparse	Sí	50	4,96	2,64	F = 6,70; p < 0,05
	No	23	6,83	3,29	1 < 2
Reservarlo para sí	Sí	50	8,84	3,56	F = 11,76; p < 0,01
	No	23	11,83	3,21	1 < 2
Autoestima	Sí	51	32,84	5,92	F = 4,85; p < 0,05
	No	23	28,83	9,79	1 > 2

¿Tiene apoyo afectivo de sus amigos? 1. Sí 2. No					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Escala de depresión	Sí	42	8,21	4,91	F = 12,68; p < 0,01
	No	32	12,75	6,05	1 < 2
Visión del mundo	Sí	42	25,90	8,19	F = 7,10; p < 0,05
	No	32	30,78	7,25	1 < 2
Visión de sí misma	Sí	42	20,74	8,11	F = 4,08; p < 0,05
	No	32	24,84	9,35	1 < 2
Visión del futuro	Sí	42	18,38	7,33	F = 4,14; p < 0,05
	No	32	22,13	8,47	1 < 2
Visión total	Sí	42	65,02	19,76	F = 6,93; p < 0,05
	No	32	77,75	21,66	1 < 2
Depresión	Sí	40	14,20	10,53	F = 4,32; p < 0,05
	No	32	20,09	13,53	1 < 2
Invertir en amigos íntimos	Sí	41	8,20	2,94	F = 9,74; p < 0,01
	No	32	5,97	3,13	1 > 2
Autoestima	Sí	42	33,74	5,79	F = 9,31; p < 0,01
	No	32	28,69	8,43	1 > 2

3. Apego y preocupación por el excompañero

Apego 1. Bajo 2. Medio 3. Alto					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Escala de depresión	1	13	7,00	5,96	F = 6,08; p < 0,01 3 > 1,2
	2	54	10,31	5,44	
	3	9	15,33	5,24	
Escala de ansiedad	1	13	7,54	5,47	F = 3,25; p < 0,05 3 > 1,2
	2	54	9,63	6,24	
	3	9	14,33	7,23	
Ansiedad estado	1	13	22	19,15	F = 3,26; p < 0,05 3 > 1
	2	54	25,72	13,89	
	3	9	37,78	13,59	
Ansiedad rasgo	1	13	23,31	14,17	F = 5,13; p < 0,01 1 < 2,3
	2	54	32,06	10,41	
	3	9	38	10,33	
Visión del mundo	1	13	20,77	7,61	F = 8,26; p < 0,01 1 < 2,3
	2	54	28,91	7,39	
	3	9	32,67	7,68	
Visión de sí misma	1	13	17,62	5,61	F = 3,16; p < 0,05 1 < 2,3
	2	54	23,19	9,45	
	3	9	26,22	4,94	
Visión del futuro	1	13	13,92	4,15	F = 5,18; p < 0,01 1 < 2
	2	54	21,50	8,36	
	3	9	21,11	7,01	

Visión total	1	13	52,31	15,22	F = 7,09; p < 0,01
	2	54	73,59	21,39	
	3	9	80	15,51	1 < 2,3
Depresión	1	13	6,46	6,45	F = 8,10; p < 0,01
	2	52	18,12	12,17	
	3	9	25	11,64	1 < 2,3
Compromiso	1	10	21	2,16	F = 3,65; p < 0,05
	2	42	19,43	3,74	
	3	9	16,56	4,45	1 > 3
Falta de afrontamiento	1	13	4,92	2,72	F = 6,25; p < 0,01
	2	53	7,26	3,35	
	3	9	9,78	2,73	1 < 3
Autoinculparse	1	13	2,85	1,52	F = 13,27; p < 0,01
	2	53	5,77	2,86	
	3	9	8,44	1,42	3 > 1,2
Reexperimentación	1	13	5	5,67	F = 10,34; p < 0,01
	2	53	10,49	6,24	
	3	9	16,56	3,43	3 > 1,2
Activación	1	13	4,15	5,49	F = 10,88; p < 0,01
	2	53	10,64	6,14	
	3	9	15,67	4,64	1 < 2,3
Global postraumático	1	13	17,23	17,09	F = 8,72; p < 0,01
	2	53	33,11	17,89	
	3	9	47,78	11,55	1 < 2,3
Autoestima	1	13	36,69	3,92	F = 5,12; p < 0,01
	2	54	30,85	7,82	
	3	9	27,56	5,32	1 > 2,3

Preocupación 1. Baja 2. Media 3. Alta					
Variables psicológicas		N	Media	DT	F
					Grupos que difieren
Escala de depresión	1	17	7,35	5,08	F = 4,89; p < 0,05 3 > 1
	2	46	10,48	5,67	
	3	13	13,77	5,92	
Visión del futuro	1	17	15,47	7,11	F = 4,55; p < 0,05 3 < 1,2
	2	46	20,96	7,51	
	3	13	23,46	9,23	
Visión total	1	17	59,88	24,28	F = 3,59; p < 0,05 3 > 1
	2	46	72,24	19,30	
	3	13	79,46	21,03	
Falta de afrontamiento	1	17	5,41	2,72	F = 5,16; p < 0,01 3 > 1
	2	45	7,22	3,27	
	3	13	9,23	3,70	
Reexperimentación	1	16	5,44	5,84	F = 6,41; p < 0,01 2 > 1
	2	46	11,83	6,19	
	3	13	10,69	6,43	
Evitación	1	16	5,88	5,85	F = 12,34; p < 0,01 2 > 1
	2	46	14,78	6,80	
	3	13	8,15	6,97	
Activación	1	16	5,94	6,53	F = 4,80; p < 0,05 2 > 1
	2	46	11,61	6,01	
	3	13	10	6,89	
Global postraumático	1	16	17,25	17,51	F = 9,24; p < 0,01 2 > 1
	2	46	38,22	16,42	
	3	13	28,85	18,82	

II. CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES DE LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS

Encuesta dirigida a los profesionales de los centros de servicios sociales especializados para mujeres: víctimas de violencia de género y/o con problemas de exclusión social en la Comunidad Valenciana

Edad ____ Sexo _____ Titulación _____

Puesto que desempeña _____

Tipo de contrato: Indefinido/temporal/jornada completa/media jornada/por horas

Centro _____ Localidad _____

Capacidad: N.º de mujeres _____ N.º de menores _____

1. Los recursos materiales (mobiliario, informática, audiovisual, etc.) del centro son adecuados y están relacionados con el número de mujeres e hijos ingresados.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Observaciones: _____

2. Los recursos personales del centro son adecuados y están relacionados con el número de mujeres e hijos ingresados.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Observaciones: _____

3. Las actividades desarrolladas en el centro estimulan la mejora de las relaciones entre los profesionales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Observaciones: _____

4. La organización y distribución de las tareas permite establecer relaciones fluidas entre las mujeres y entre las mujeres y los hijos.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Observaciones: _____

5. La problemática de las mujeres detectada al inicio de su ingreso mejora durante su estancia en el centro.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Observaciones: _____

6. La problemática de los menores detectada al inicio de su ingreso mejora durante su estancia en el centro.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Observaciones: _____

7. El grado de inserción sociolaboral (empleabilidad) de las mujeres, al término de su estancia en el centro, es mayor que cuando ingresó.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Observaciones: _____

8. La organización interna del centro permite ser eficaz a la hora de cumplir los objetivos propuestos.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Observaciones: _____

9. Las funciones asignadas a los profesionales están definidas con claridad y son equilibradas.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Observaciones: _____

10. El tipo de problema que manifiestan las mujeres es adecuado para el centro.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Observaciones: _____

11. La problemática de los menores se adapta a las características del centro.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Observaciones: _____

12. La estancia en el centro mejora las relaciones entre las madres y los menores.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Observaciones: _____

13. Los problemas y las necesidades más frecuentes en las mujeres que ingresan en el centro son de tipo físico, psicológico, social: _____

14. Los problemas y las necesidades más frecuentes en los menores que acompañan a sus madres en el ingreso al centro son de tipo físico, psicológico, social: _____

15. Necesidades que consideras *que no están bien atendidas* (mejoras) peor valoradas:

- Horarios
- Comidas
- Trabajo
- Trato humano
- Flexibilidad
- Otros:
- Tiempo con el hijo
- Instalaciones
- Seguridad
- Apoyo emocional
- Aseo y limpieza

